

**UNTERSUCHUNG THERAPEUTISCHEN VORGEHENS
BEI ENDOGENEN DEPRESSIONEN
- Eine retrospektive Studie -**

GÜNTHER JOACHIM SEIFERT

1986

*Diss
München*

Aus der Psychiatrischen Klinik der

Universität München

Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

Untersuchung therapeutischen Vorgehens

bei endogenen Depressionen

- Eine retrospektive Studie -

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät

der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Günther Joachim Seifert

aus

München

Jahr

1 9 8 5

Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der
Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. HIPPIUS

Dekan: Prof. Dr. W. SPANN

Tag der mündlichen Prüfung: 30. 05. 1986

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

1.1. Geschichtliches	1
1.2. Pharmakologie der Antidepressiva	2
1.3. Therapie mit Antidepressiva	4
1.4. Fragestellung	7

2. Methodik

2.1. Art der Untersuchung	8
2.2. Patientenauswahl	8
2.3. Datenerfassung	9
2.3.1. Diagnose	9
2.3.2. Anamnestiche Daten	10
2.3.3. Behandlungsdaten	11
2.3.4. Psychopathometrische Daten	11
2.4. Statistik	13

3. Ergebnisse

3.1. Patientenbeschreibung	15
3.2. Diagnostische Beschreibung	16
3.3. Anamnese	17
3.3.1. Familienanamnese	17
3.3.2. Patientenanamnese	18
3.3.3. Aktuelle Erkrankung	23

3.4. Spezielle Auswertung	
3.4.1. Vergleich weiblicher und männlicher Patienten	27
3.4.2. Vergleich von Patienten mit monopolarer und Patienten mit bipolarer Krankheitsverlauf	30
3.4.3. Vergleich von Patienten mit agitierter und Patienten mit gehemmter Psychomotorik	36
3.4.4. Vergleich von Patienten mit wahnhafter Symptomatik und Patienten ohne wahnhafte Symptomatik	36
3.4.5. Vergleich der Patienten mit kurzer Aufenthaltsdauer und der Patienten mit langer Aufenthaltsdauer	41
3.4.6. Vergleich von Patienten, bei denen die erste Behandlung Erfolg zeigte mit den Patienten, bei denen dies nicht der Fall war	43
3.4.7. Vergleich der Patienten hinsichtlich ihrer psychosozialen Beeinträchtigung bei Klinikaufnahme	47
3.4.8. Vergleich von Patienten, die Antidepressiva, Neuroleptika oder Antidepressiva und Neuroleptika als Anfangsmedikation erhielten	49
3.4.9. Vergleich von Patienten, die mit trizyklischen Antidepressiva behandelt wurden mit Patienten, die neue Antidepressiva erhielten	53
3.4.10. Vergleich von Patienten, die mit trizyklischen Antidepressiva behandelt wurden und Patienten, die kombiniert trizyklische Antidepressiva und Neuroleptika erhielten	55
3.4.11. Vergleich von Patienten, die mit Amitriptylin behandelt wurden und Patienten, die mit Amitriptylin und Neuroleptika kombi- niert behandelt wurden	58
3.5. Zusammenfassung der Ergebnisse	61

4. Diskussion	
4.1. Methodische Probleme	66
4.2. Diskussion der Ergebnisse der Patientendaten	68
4.3. Diskussion der speziellen Auswertung	72
5. Zusammenfassung und Schluß	78
6. Literatur	80
7. Anhang	86

Häufig gebrauchte Abkürzungen

AD - Antidepressivum bzw. Antidepressiva

AMDP - Arbeitsgemeinschaft für Methodik und
Dokumentation in der Psychiatrie

EKT - Elektrokrampftherapie

ICD - International Classification of Diseases

MAO-Hemmer - Monoaminoxidasehemmer

NL - Neuroleptikum bzw. Neuroleptika

PSB - Psychosoziale Beeinträchtigung

RDC - Research Diagnostic Criteria

TAD - Trizyklisches Antidepressivum bzw. trizyklische
Antidepressiva

1. Einleitung

1.1. Geschichtliches

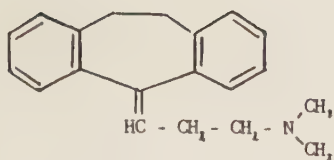
1957 leitete Kuhn, ein schweizer Psychiater, mit seinem Bericht über seine Versuche mit Imipramin, einem Iminodibenzyl-Derivat, die Entwicklung antidepressiver Substanzen ein. Wegen seiner chemischen Verwandtschaft zu den Phenothiazinen verwendete Kuhn Imipramin zuerst bei der Behandlung der Schizophrenie. Er hatte jedoch hierin wenig Erfolg, konnte aber eine bestimmte Wirkung bei Depressionen beobachten, die er als "stimmungsaufhellend" beschrieb. Das Wirkungsspektrum dieser Substanz bezeichnete er als "schwaches Chlorpromazin" und engte seine Untersuchungen auf Patienten mit endogenen Depressionen ein. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen veranlaßten ihn 1957 zu der Feststellung, Imipramin helle Verstimmungen auf und beseitige depressive Gemüthsheimmtheit (31). Diese klinischen Beobachtungen eines Psychiaters führten zu der Entdeckung einer neuen Gruppe von psychotropen Pharmaka. Ihr Ausgangspunkt war immer die chemische Struktur und Pharmakologie von Imipramin. Für sie setzte sich der Begriff "Thymoleptika" durch. Zur selben Zeit, als Imipramin als das erste trizyklische Antidepressivum (TAD) eingeführt wurde (1957), beschrieben Loomer, Saunders und Kline die ersten Erfolge der Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer) bei der Behandlung der Depression (33). Diese entstanden aus einer Weiterentwicklung des Tuberkulostatikums Iproniazid. Während der Behandlung tuberkulöser Patienten mit diesem Hydrazin-Derivat stellten sich Euphorie, gesteigerte Initiative und Appetit ein. Daraufhin wurde es mit Erfolg bei der Behandlung depressiver Patienten erprobt. Bereits 1952 hatte Zeller die Hemmwirkung dieser Präparate auf das Enzym Monoaminoxidase beschrieben (56). Nun wurden auch hier verstärkt Nachforschun-

gen betrieben, zum einen, um eine neue Gruppe von Medikamenten zur Behandlung der Depression zur Hand zu haben, zum anderen, um der biochemischen Ursache der Depression auf den Grund zu gehen. Es wurde eine ganze Reihe von MAO-Hemmern entwickelt, die aber wegen toxischen Erscheinungen und stärkeren Nebenwirkungen wieder aus dem Handel gezogen wurden.

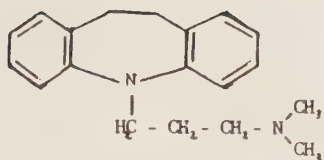
Untersuchungen über die Wirkungsweise antidepressiver Substanzen befaßten sich überwiegend mit deren Wirkung auf biogene Amine. Diese Forschungsausrichtung hatte folgende Ursache: Um 1960 beobachteten mehrere Arbeitsgruppen, daß die Behandlung von Hypertonie-Patienten mit Reserpin bei etwa 15% der Kranken zu einer depressiven Verstimmung führte (18,29). In Tierversuchen wurde nachgewiesen, daß nach Gabe von Reserpin die Konzentration verschiedener biogener Amine im Gehirn abnahm (37). Auch wurde festgestellt, daß durch die 1957 bekannt gewordenen MAO-Hemmer die Konzentration der biogenen Amine im Zentralnervensystem erhöht wird (43). Daraufhin wurde die Hypothese aufgestellt, die Depression beruhe auf einem Mangel an biogenen Aminen. Formuliert wurde die Noradrenalin-Hypothese (47,48) und die Serotonin-Hypothese (32).

1.2. Pharmakologie der Antidepressiva

Das Grundgerüst der chemischen Strukturformel trizyklischer Antidepressiva ist immer gleich, z.B. Imipramin/Amitriptylin (Siehe Abb. 1)



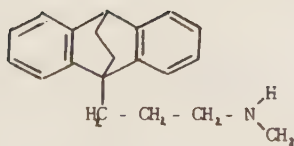
Amitiptylin



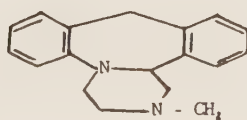
Imipramin

Abb. 1: trizyklische Antidepressiva

Veränderungen an der Seitenkette oder am Ringsystem bedingen Unterschiede in der klinischen Wirkung. Einige neu entwickelte Antidepressiva zeigen abweichende pharmakologische Eigenschaften und scheinen ebenfalls klinische Wirksamkeit zu besitzen (siehe Abb. 2, Tabelle 1)



Maprotilin



Mianserin

Abb. 2: neu entwickelte Antidepressiva

	Reserpin- Antagonismus	Azetylcholin- Antagonismus	Hemmung der Noradrenalin- Aufnahme	Hemmung der 5-OH-Tryptophan- Aufnahme
Imipramin	+	+	+	+
Maprotilin	+	+	+	-
Nomifensin	+	(-)	+	(+)
Trazodon	-	-	+	?
Viloxan	+	-	+	-
Mianserin	-	-	-	-

Tab. 1: Pharmakologisch-biochemische Eigenschaften neuerer
Antidepressiva im Vergleich zu Imipramin (Matussek, 1977)

Viele pharmakologische und biochemische Wirkungen der Antidepressiva (AD) sind bekannt, warum sie aber antidepressiv wirken, ist letztlich noch nicht geklärt. Als Hauptwirkung der AD wird die Verbesserung der Erregungsübertragung infolge Reuptake-Hemmung von Noradrenalin und Serotonin oder infolge der Verzögerung der Metabolisierung der Amine durch MAO-Hemmung angenommen. Weiter wirken AD anticholinerg und antihistaminerg. TAD und MAO-Hemmer sowie die Elektrokrampftherapie (EKT) verursachen eine "down-regulation" von β -Rezeptoren (55). Auch ist eine Beeinflussung anderer Rezeptoren bekannt. Es kann daher nicht entschieden werden, welcher der pharmakologischen Vorgänge letztendlich für die Wirkung der AD entscheidend ist.

1.3. Therapie mit Antidepressiva

Die schnell anwachsende Zahl der sich auf dem Markt befindenden AD (trizyklische, tetrazyklische, nicht klassifizierte, MAO-Hemmer) stel-

len den behandelnden Arzt vor das Problem der Auswahl des AD und seiner gezielten Anwendung. Hauptsächliche Indikation des AD ist die endogene Depression. Bei der Behandlung von reaktiven und neurotischen Depressionen sind sie nur zusätzliche Hilfsmittel. Vorgeschlagen wird, sich bei der Auswahl der AD nach den sogenannten Zielsymptomen zu richten. Als Zielsymptome wurden von Freyhan die durch ein bestimmtes Psychopharmakon beeinflussbaren Symptome bezeichnet (14). Es wird versucht, für jedes Medikament die Gesamtheit der Zielsymptome, das sogenannte Wirkungsspektrum, genauer zu beschreiben. Entsprechend diesem Gesichtspunkt wurde von Hippus und Selbach, später von Kielholz, empfohlen, bei der Pharmakotherapie der Depression in erster Linie von Zielsymptomen auszugehen, von der "ängstlich-psychomotorischen Erregtheit", der "vitaldepressiven Verstimmung" und der "psychomotorischen Gehemtheit" (19,24). Auf diesen drei Symptomen basiert das Kielholzsche "Drei-Komponenten-Schema". Es wurde versucht, die AD diesem Modell unterzuordnen.

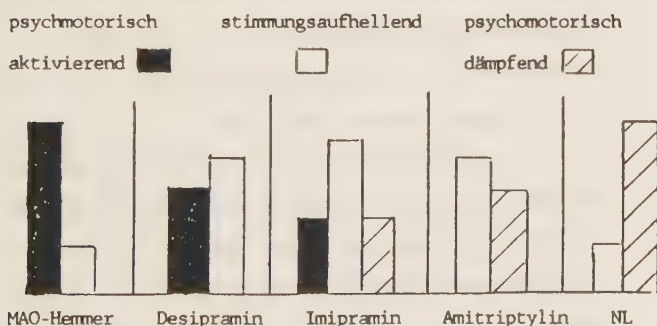


Abb. 3: "Drei-Komponenten-Schema" (nach Kielholz, 1971)

Flankiert werden die im "Kielholz-Schema" aufgeführten AD von den

MAO-Hemmern, die die stärkste antriebssteigernde Komponente besitzen sollen und den Neuroleptika (NL), welche die stärkste psychomotorisch dämpfende Wirkung haben. Eine Mittelstellung nimmt Imipramin ein. Bei der Untersuchung neuer AD zeigte sich, daß es zweckmäßig sein wird, ihr Wirkungsspektrum nicht nur an diesen drei Komponenten zu bemessen. Man gibt für jedes AD das wichtigste Zielsymptom an, das neben der depressionslösenden Eigenschaft das Wirkungsspektrum charakterisiert. Kontrollierte Studien konnten nicht bestätigen, daß AD entsprechend der hier beschriebenen Symptomausprägung unterschiedlich gut wirken (9). Faßt man die bisherigen Bemühungen zusammen, Prognose-Kriterien für die Wirksamkeit von AD zu finden, kann man sagen, krankheitsunabhängige Merkmale wie Alter, Geschlecht, soziale Schichtzugehörigkeit, Zivilstand, Bildungsniveau usw. wurden oft und mit unterschiedlichen Ergebnis auf ihren Wert hin untersucht, alles in allem taugen sie zur Prädiktion der Wirkung eines bestimmten AD nicht. Auch krankheitsabhängige Variable wie z.B. nosologische Diagnose, Tiefe der Depression, psychopathologisches Bild vor Behandlungsbeginn, Anzahl der durchgemachten Phasen, Erkrankungsalter usw. sind zur Vorhersage eines antidepressiven Behandlungserfolgs mit einem bestimmten Medikament eher unbrauchbar (13). Andere Merkmale werden von verschiedenen Untersuchungsgruppen immer wieder als Prädiktoren für ein Ansprechen auf bestimmte AD genannt. Ersterkrankung und kurze Dauer der Depression bis zum Behandlungsbeginn prognostizieren ganz allgemein ein gutes Ansprechen auf AD. Das Vorliegen von Zwängen und Phobien soll ein Zeichen für besonders gute Wirksamkeit von Clomipramin sein (3,34,36,42,44). Ängstlichkeit und Unruhe werden immer als gutes Zeichen für das Ansprechen auf MAO-Hemmer genannt (17,28,45). Bei Wahn ist die Ansicht der Autoren nicht einhellig, dennoch überwiegt die Meinung, wahnhafte

Depressionen sprechen auf eine Monotherapie mit AD eher schlecht an (4,11,16,20,41,51,59). Die Bestimmung der Abbauprodukte der Katecholamine sollte ebenfalls gewisse Anhaltspunkte geben, mit welchen TAD (serotonerg, noradrenerg) der Behandlungserfolg wahrscheinlich ist (5,8,10,35,40,46,49,56).

1965 haben Klett und Moseley bereits gefordert: "The right drug for the right patient". Diese Forderung ist durch die kaum noch überschaubare Zahl der Präparate in der Praxis unerfüllbar geworden.

1.4. Fragestellung

Nachdem in prospektiven kontrollierten Untersuchungen nur relativ kleine Patientenzahlen eingeschlossen werden können, soll ein anderer Weg beschritten werden. Nur ab einer bestimmten Größe einer Patientenzahl können statistisch gesicherte Aussagen gemacht werden. Retrospektive Untersuchungen besitzen natürlich eine beschränkte Aussagekraft, können jedoch Hinweise für Fragestellungen prospektiver Untersuchungen liefern. Weiter haben retrospektive Untersuchungen im Vergleich zu kontrollierten prospektiven Studien den großen Vorteil, daß eine fast beliebig große Patientenzahl eingeschlossen werden kann und daß die erfaßten Behandlungen dem üblichen Therapieverhalten entsprechen ("naturalistic studies") und nicht durch Studienprotokolle künstliche Bedingungen geschaffen werden. Eine gewisse Objektivität der Beurteilung kann dann als gegeben angesehen werden, wenn bei den Patienten bei Aufnahme und Entlassung mittels psychometrischer Skalen der psychopathologische Befund dokumentiert vorliegt und qualitativ und quantitativ ausgewertet wird. Auch können Kriterien des Therapieerfolges soweit operationalisiert werden, daß subjektive Einflüsse

durch den Untersucher weitgehend ausgeschlossen werden.

Die erste Fragestellung dieser Untersuchung ist also, ob es in einer retrospektiven Untersuchung möglich ist, weitgehend operationalisiert den Erfolg von Behandlungsmaßnahmen zu beurteilen. Wenn dies möglich ist, so kann anhand einer großen Patientenstichprobe untersucht werden, welche Patienten warum mit welchem Medikament behandelt werden. Dahinter steht als zweite Fragestellung, ob das aus der Empirie gewonnene Therapieverhalten der behandelnden Ärzte gewisse Gesetzmäßigkeiten erkennen läßt, so z.B. ob Männer anders behandelt werden als Frauen, jüngere Patienten anders als ältere, wahnhaft-depressive Patienten anders als nicht wahnhaft-depressive usw..

Gleichzeitig soll auch untersucht werden, ob bestimmte Behandlungsförm bessere Erfolge bringen als andere und ob sich aufgrund biographischer und anamnestischer Daten der Patienten Prediktoren für das Ansprechen auf eine Behandlung ergeben.

2. Methodik

2.1. Art der Untersuchung

Es wurde eine retrospektive Studie erstellt, die aufgrund der Eintragungen in den Krankenakten, ergänzt durch bereits auf Datenträgern gespeicherte Klinikdaten, eine möglichst genaue Beschreibung der Patienten, ihrer Therapie und deren Erfolg ermöglichen sollte.

2.2. Patientenauswahl

Es wurden alle stationären Patienten der Jahrgänge 1980 und 1981 erfaßt, bei denen bei Entlassung die Diagnose endogene Depression gestellt

wurde ("International Classification of Diseases", 9.Rev.) (21).

2.3. Datenerfassung

Folgende objektive Daten wurden aus den Krankengeschichten bzw. aus der Klinikdokumentation erhoben:

2.3.1. Diagnose

Die Diagnose nach ICD. (Es wurden die Diagnosen der behandelnden Ärzte bei Entlassung vom Krankenblatt übernommen.)

Nachträgliche Einordnung nach den "Research Diagnostic Criteria" (RDC) (52). Definition: Wenn A, B und C eintraten, entsprach die Diagnose nach den Kriterien des RDC der klinischen Diagnose endogene Depression:

- A) Verlust der Freude an allen oder fast allen Aktivitäten
- B) Mangel an Reagibilität auf Üblicherweise angenehme Reize
- C) mindestens 3 aus 6 der folgenden Symptome:

- 1) besondere Qualität der Depression
- 2) Depression morgens schlimmer
- 3) Früherwachen am Morgen
- 4) psychomotorische Hemmung oder Erregung
- 5) erhebliche Appetitlosigkeit oder Gewichtsverlust
- 6) sehr starke oder unangemessene Schuldgefühle

Es wurden folgende Stichworte berücksichtigt: Die Art der Erkrankung, wobei nach RDC je nach Vorhandensein von bestimmten Symptomen in "major depressive disorder" und "minor depressive disorder" unterschieden wird. Weiter wird die Genese der Erkrankung berücksichtigt, und zwar wird in "primary depressive disorder" und "secondary depressive disorder" unterteilt. Als an "secondary depressive disorder" erkrankt gelten Patienten, wenn andere psychiatrische Erkrankungen der depres-

siven Phase vorausgehen oder folgende Zusatzdiagnosen gestellt werden: Angstsyndrom, phobisches Syndrom, Zwangssyndrom, Patienten mit antisozialer Persönlichkeit, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, Homo- oder Transsexualität, Somatisierungserkrankung, Anorexie, hirnorganisches Psychosyndrom. Alle anderen Fälle gelten als "primary depressive disorder". Weiter wird die Psychomotorik berücksichtigt, wobei vorwiegend gehemmte und vorwiegend agitierte Patienten unterschieden werden.

Nach der Polarität des Krankheitsverlaufs werden entsprechend unipolare und bipolare Verläufe unterschieden, bipolare Verläufe weiter in bipolar I (manisch-depressiv) und bipolar II (hypomane Nachschwan-
kung) unterteilt. Des weiteren werden Patienten, bei denen während der Erkrankung Wahninhalte auftraten, von solchen unterschieden, bei denen diese fehlten. Die Arbeitsfähigkeit wird zusätzlich abgeschätzt.

2.3.2. Anamnestische Daten

Aus den anamnestischen Angaben wurde festgehalten, ob in der Familie, und zwar im 1. oder 2. Verwandtschaftsgrad, affektive Psychosen oder andere psychiatrische Krankheiten auftraten. Weiterhin wurde in der Patientenanamnese nach dem Alter der Patienten bei Ersterkrankung, nach der Anzahl der früheren depressiven Phasen sowie der Dauer dieser Phasen gefragt. Die früheren medikamentösen Behandlungen wurden zum Zwecke der Datenreduzierung in folgende Gruppen unterteilt: TAD/MAO-Hemmer/andere AD/mehrere AD. Gleichzeitig wurde der Erfolg dieser früheren medikamentösen Therapie abgeschätzt. Festgehalten wurde auch ein etwaiger früher durchgeführter Schlafentzug und dessen Erfolg sowie eine früher durchgeführte Elektrokrampftherapie und deren Erfolg. Aus der aktuellen Krankheitsphase wurde festgehalten, wie lange die jetzige depressive Phase bereits vor der stationären Aufnahme andauerte, ob eine medikamentöse Vorbehandlung stattgefunden und in

welchem Zeitraum sie sich abgespielt hat. Es wurde auch festgehalten, ob diese ambulant begonnene Medikation in der Klinik fortgesetzt wurde.

2.3.3. Behandlungsdaten

Von den Angaben über den Klinikaufenthalt wurden folgende festgehalten: Die Aufenthaltsdauer in Wochen sowie die Therapie mit den am häufigsten verwendeten Medikamenten: Amitriptylin/Clomipramin/Dibenzepin/Imipramin/Maprotilin/Mianserin/Nomifensin/Tranlylcypromin/Neuroleptika (NL) und Kombinationsbehandlungen. Es wurde auch der Erfolg der Anfangsmedikation dokumentiert. Als Erfolg wurde gewertet, wenn innerhalb von 4 Wochen eine deutliche Besserung eingetreten war, wenn nicht auf andere AD umgestellt wurde oder die Anfangsmedikation später mit anderen AD oder NL kombiniert wurde. Falls kein Erfolg der Erstbehandlung zu verzeichnen war, wurden die dann einsetzenden Maßnahmen wie Kombination, Umstellung auf ein anderes Präparat oder EKT, festgehalten. Wurde kombiniert, so unterschied man, ob dies mit NL, MAO-Hemmern, anderen AD oder in Mehrfachkombination (AD+NL oder AD+AD) geschah. Bei der Umstellung der Anfangsmedikation wurde festgehalten, auf welches andere AD umgestellt, ob ein NL oder eine Kombination von AD und NL verwendet wurde.

2.3.4. Psychopathometrische Daten

Der Grad der psychosozialen Beeinträchtigung (PSB) nach der "Global Assessment Scale" von Spitzer (52) wurde bei Klinikaufnahme und Entlassung vom behandelnden Arzt eingeschätzt und in Form einer Zahl zwischen 1 und 100 dokumentiert. Der Wert 100 bedeutet keinerlei Beeinträchtigung des psychosozialen Verhaltens des Patienten, je kleiner der Wert ist, desto eingeschränkter sind die psychosozialen Fähigkeiten des Patienten. Diese Daten wurden von der Dokumentation abgerufen.

In den Bögen der "Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie", der die Universitätsklinik angehört, wurden durch den behandelnden Arzt von jedem Patienten bei Klinikaufnahme und Entlassung die Krankheitssymptome (AMDP-Symptome) (15) katalogmäßig dokumentiert. Jedes Symptom wird dabei, je nachdem ob es leicht, mittel oder schwer ausgeprägt ist, mit 1, 2 oder 3 bewertet. Aus den Symptomen wurden dann mit Hilfe faktorenanalytischer Methoden statistisch unabhängige Syndrome gebildet. Der Syndrom-Score wird aus der Summe der Ausprägungen der zu dem Syndrom gehörenden Symptomen gebildet. Die Syndrom-Scores geben dann eine Vorstellung, wie stark die einzelnen Syndrome ausgeprägt sind. Die verschiedenen Syndrome setzen sich aus folgenden Symptomen zusammen:

1) Paranoid-halluzinatorisches Syndrom

Wahnstimmung, Wahrnehmung, Wahneinfälle, Wahngedanken, Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn, Stimmenhören, Körperhalluzinationen, Depersonalisation, Gedankenentzug und andere Fremdbeeinflussungen.

2) Depressives Syndrom

Grübeln, Gefühl der Gefühllosigkeit, störende Vitalgefühle, depressive, hoffnungslose Stimmung, Insuffizienzgefühle, Schuldgefühle, Antriebshemmung, Morgentief, Durchschlafstörungen, Verkürzung der Schlafdauer, Appetitlosigkeit.

3) Psychoorganisches Syndrom

Bewußtseinseintrübung, zeitliche, räumliche und situative Orientierungsstörungen, Störung der Orientierung über die eigene Person, Auffassungsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen, Gedächtnisstörungen, Konfabulation, Pflegebedürftigkeit.

4) Manisches Syndrom

Ideenflüchtigkeit, Euphorie, gesteigertes Selbstgefühl, Antriebs-

steigerung, motorische Unruhe, Logorrhoe, soziale Umtriebigkeit.

5) Hostilitätssyndrom

Mißtrauen, dysphorische Stimmung, Gereiztheit, Aggressivität, Mangel an Krankheitsgefühl und -einsicht, Ablehnung der Behandlung.

6) Vegetatives Syndrom

nicht wahnhafte Hypochondrie, Übelkeit, Atembeschwerden, Schwindel, Herzklopfen, Herzdruck, vermehrtes Schwitzen, Hitzegefühl, Kopfdruck.

7) Apathisches Syndrom

Gehemmtheit, Verlangsamung, Umständlichkeit, Affektarmut, Affektstarre, Antriebsarmut, sozialer Rückzug.

8) Neurologisches Syndrom

erhöhter Muskeltonus, Tremor, Dyskinesien, Hypokinesen, Akathisie, Nystagmus, zerebrale Krampfanfälle.

Durch Vergleich der Scores bei Klinikaufnahme und bei Entlassung kann man den Erfolg des gesamten Klinikaufenthaltes beurteilen.

Einschränkung: Für Syndrom 8) (neurologisches Syndrom) konnten die Werte für 1980 nicht aufgenommen werden, da sie nach dem alten AMDP-System dokumentiert worden waren und nicht mit den Werten von 1981 vergleichbar sind. Sie wurden nicht verwendet. Von jedem Patienten wurden bis zu 54 Variable auf einem Erfassungsbogen (siehe Anhang) einheitlich erfaßt und durch Datenverarbeitung statistisch ausgewertet.

2.4. Statistik

Die statistischen Berechnungen wurden mittels des Programmsystems BMDP (Description of groups with histograms and analysis of variance, University of California, Los Angeles; adaptiert für Siemens von M. Sund und D. Salamon; Institut der Gesellschaft für Strahlen-

forschung, Neuherberg) durchgeführt.

Folgende statistische Tests wurden angewendet:

- einfache Varianzanalyse
- 2-Weg-Varianzanalyse mit 2 Gruppenfaktoren
- Chi-Quadrat-Test

Eine Signifikanz der Ergebnisse wird angenommen, wenn die Fehlerwahrscheinlichkeit P kleiner 5% ist. Die Fehlerwahrscheinlichkeit kleiner 10% ergibt einen "Trend".

$P < 0,001$ = Fehlerwahrscheinlichkeit kleiner 1%

$P < 0,01$ = " " " 1%

$P < 0,05$ = " " " 5%

$P < 0,1$ = " " " 10% (Trend)

3. Ergebnisse

3.1. Patientenbeschreibung

Die Anzahl der 1980/81 stationär aufgenommenen Patienten betrug 5908. Ausgewählt wurden 440(7,4%) Patienten mit den Diagnosen 296,1 und 296,3 nach ICD. 117(26,6%) der depressiven Patienten waren Männer, 323(73,4%) Frauen. Der Beobachtungszeitraum, d.h. die Zahl der stationären Behandlungen in der Klinik, betrug bei allen Patienten im Mittel 2,1 stationäre Aufenthalte. 228(51,8%) Patienten befanden sich zum 1. Mal in der Klinik, 86(19,5%) waren zum 2. Mal, 58(13,2%) zum 3. Mal, 24(5,5%) zum 4. Mal und 18(4,1%) waren zum 5. Mal stationär aufgenommen worden. 26(5,9%) Patienten waren 6 Mal und öfter in der Klinik in stationärer Behandlung. Das Alter aller Patienten betrug im Durchschnitt 53,9 Jahre und lag zwischen 17 und 82 Jahren. Die Diagnosen 296,1 und 296,3 wurden nach ICD gestellt. 378(85,9%) Patienten hatten die Diagnose endogene Depression mit monopolarer Verlauf (296,1) und 62(14,1%) die Diagnose endogene Depression mit bipolarer Verlauf (296,3) erhalten. (siehe Tab. 2a,b)

Anzahl	440(7,4%) Patienten von 5908 stationär aufgenommenen in den Jahren 1980/81	
Geschlecht	117(26,6%) Männer	323(73,4%) Frauen
Beobachtungszeitraum	im Mittel waren alle Patienten 2,1 mal in der Klinik stationär	
	1 Aufenthalt	- 228(51,8%)
	2 Aufenthalte	- 86(19,5%)
	3 "	- 58(13,2%)

Tab. 2a: Patientenbeschreibung

Beobachtungszeitraum	4 Aufenthalte	- 24(5,5%)	
	5 "	- 18(4,1%)	
	6 mal und öfter	- 26(5,9%)	
Alter	53,9 Jahre (17-82 Jahre)		
Diagnose (ICD)	378(85,9%) 296,1	62(14,1%) 296,3	

Tab. 2b: Patientenbeschreibung

3.2. Einstufung nach RDC

Nach RDC erfüllten alle 440 Patienten die Kriterien zur Beurteilung "major depressiv disorder". Von allen untersuchten Patienten wurde bei 380(86,4%) die Krankheitsentstehung als "primär", bei 60(13,6%) als "sekundär" bezeichnet. Weiter wurden in der Untersuchung 307(69,8%) Patienten als psychomotorisch gehemmt und 133(30,2%) als agitiert eingestuft. Als Typ der Depression wurden, aufgrund der Diagnose nach ICD, nur Patienten mit endogener Depression ausgewählt, was auch nach RDC-Kriterien alle Patienten vom endogenen Typ erfaßte. Die Polarität gemäß RDC ergab bei 369(83,9%) Patienten einen monopularen Krankheitsverlauf, bei 58 (13,2%) einen bipularen Krankheitsverlauf I und bei 13 (3,0%) Patienten einen bipularen Krankheitsverlauf II (monopulärer Verlauf mit hypomaner Nachschwankung). 81(18,4%) Patienten zeigten synthyme Wahnsymptome. Die Arbeitsfähigkeit war bei allen 440 Patienten eingeschränkt. (Siehe Tab. 3a, b)

Schweregrad	440(100%) major	
Genese	380(86,4%) primär	60(13,6%) sekundär
Syndrom	307(86,4%) gehemmt	133(30,2%) agitiert

Tab.3a: Einstufung nach RDC

Typ	440(100%) endogen	
Polarität	369(83,9%) unipolar	58(13,2%) bipolar I
		13(3,0%) bipolar II
Wahnsymptomatik	359(81,6%) nein	81(18,4%) ja
Arbeitsfähigkeit	440(100%) eingeschränkt	

Tab. 3b: Einstufung nach RDC

3.3. Anamnese

3.3.1. Familienanamnese

Bei Blutsverwandten 1. und 2. Grades von 268(60,9%) Patienten waren keine Auffälligkeiten in der Familienanamnese angegeben, bei 154(35,8%) waren Auffälligkeiten vorhanden. Die Anamnesen von 18 Patienten enthielten keine Angaben. Die 154 Patienten mit positiver psychiatrischer Familienanamnese wurden nach dem Gesichtspunkt aufgeteilt, ob es sich bei der Erkrankung des Verwandten um eine affektive Erkrankung handelte, was bei 67,6% der Fall war (104 Personen) oder ob andere psychiatrische Erkrankungen oder Auffälligkeiten sowie Suizid vorhanden waren (in 46 Fällen,29,8%). In 4 Fällen waren keine näheren Angaben vorhanden (siehe Tab. 4).

Familienanamnese	268(60,9%) negativ	154(35,8%) positiv
	bei 18 Patienten keine Angaben vorhanden	
Falls positiv	104(67,6%) affektiv	46(29,8%) allg. psychiatrisch
	bei 4 Patienten keine Angaben vorhanden	

Tab. 4: Familienanamnese

3.3.2. Patientenanamnese

Das durchschnittliche Alter der Patienten betrug beim erstmaligen Auftreten der Erkrankung 43,7 Jahre und lag im Einzelfall zwischen 15 und 79 Jahren. Die mittlere Häufigkeit depressiver Phasen lag bei 3,9 pro Patient. 100(22,7%) Patienten waren das 1. Mal erkrankt, 89 (20,2%) das 2. Mal, 55(12,5%) das 3. bzw. das 4. Mal, 50(11,4%) das 5. Mal, 23(5,2%) das 6. Mal, 6(1,4%) das 7. Mal, 17(3,9%) das 8. Mal und 3(0,7%) das 9. Mal. Insgesamt 32(7,3%) Patienten waren 10 mal und öfter erkrankt. Die höchste Erkrankungshäufigkeit hatte ein Patient mit 32 Phasen. Die Dauer der depressiven Phasen betrug bei 177 (40,2%) Patienten 1-3 Monate, bei 128(29,1%) 4-6 Monate, bei 43(9,8%) 7-9 Monate, bei 14(3,1%) 10-12 Monate, bei 40(9,1%) 1 Jahr und mehr. Bei 30(6,8%) Patienten wurde ein chronischer Krankheitsverlauf angegeben. 8 Patienten ließen sich nicht einordnen.

Weiter wurde untersucht, ob die Patienten mit mehr als einer depressiven Phase früher mit AD behandelt worden waren. Dies war bei 275 (80,8%) Patienten der Fall, während 65(19,2%) noch nie AD erhalten hatten. Von den 275 Patienten waren 149(54,2%) mit TAD, 89(32,4%) waren mit mehreren Präparaten behandelt worden, 16(5,8%) hatten andere, nicht klassifizierte Präparate erhalten, während 11(4,0%) Patienten mit MAO-Hemmern behandelt worden waren. Bei 10(3,6%) Patienten waren Testpräparate angewendet worden. Als Erfolg dieser früheren medikamentösen Therapie wurde gewertet, wenn sich innerhalb von 4 Wochen der Zustand des Patienten deutlich besserte. Bei 20(7,5%) Patienten war kein Erfolg erzielt worden, bei 118(44,3%) war der Erfolg unsicher, sei es, daß sich der Zustand nur langsam besserte, sei es, daß mehrere Medikamente verordnet wurden, das AD frühzeitig gewechselt wurde

oder EKT angewandt wurde. Bei 128(48,1%) Patienten war ein sicherer Erfolg erzielt worden. Bei 10(1,1%) Patienten waren keine klaren Angaben vorhanden. 98 Patienten hatten bei dem jetzigen Klinikaufenthalt die gleiche Medikation wie früher erhalten. Bei 38(38,8%) war damit zwar früher kein Erfolg, bei 60(61,2%) Patienten hingegen war bereits früher mit dem gleichen Medikament ein Erfolg erzielt worden. Weiter wurde untersucht, ob bei einem früheren Klinikaufenthalt ein Schlafentzug durchgeführt worden war sowie der Erfolg dieser Behandlung. Bei 14(3,2%) Patienten war ein Schlafentzug durchgeführt worden, bei 6 Patienten mit Erfolg, bei 3 war der Erfolg unsicher, während bei 5 Patienten kein Erfolg zu verzeichnen war. Weiter wurde nach einer EKT während eines früheren Klinikaufenthaltes und deren Erfolg gefragt. Bei 51(11,6%) Patienten war schon einmal eine EKT durchgeführt worden. Erfolgreich war diese Behandlung bei 31(60,7%), unsicher den Erfolg betreffend bei 16(31,3%) Patienten gewesen, während nur bei 4(7,8%) Patienten mit Sicherheit kein Erfolg erzielt worden war. (siehe Tab. 5a,b,c)

Alter bei Ersterkrankung	im Durchschnitt 43,7 Jahre
	Minimum 15 Jahre, Maximum 79 Jahre

Altersverteilung siehe Histogramm Abb. 4, Seite 20.

Tab. 5a: Patientenanamnese

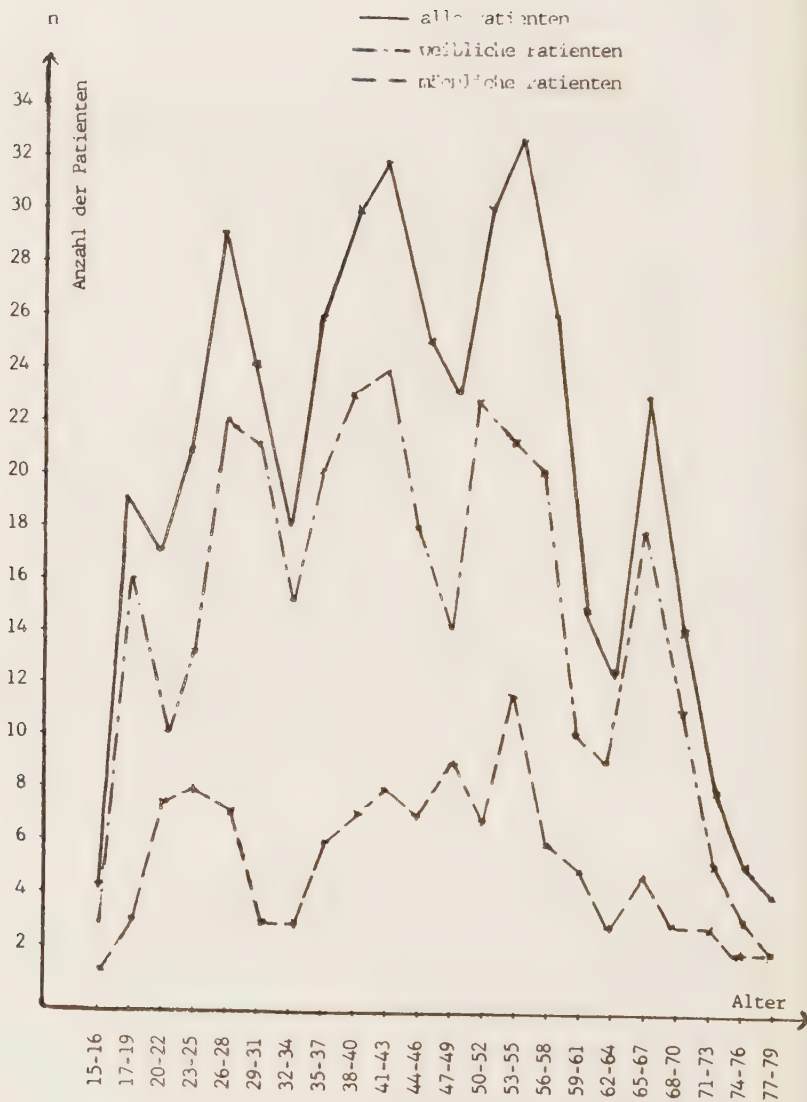


Abb. 4: Altersverteilung bei Ersterkrankung (Histogramm)

x-te depressive Phase

im Mittel 3,9 depressive Phasen

Maximum 32 depressive Phasen

100(22,7%) - 1 depressive Phase

89(20,2%) - 2 " Phasen

55(12,5%) - 3 " "

55(12,5%) - 4 " "

50(11,4%) - 5 " "

23(5,2%) - 6 " "

6(1,4%) - 7 " "

17(3,9%) - 8 " "

3(0,7%) - 9 " "

32(7,3%) -10 " "

und mehr

durchschnittliche Phasendauer

1-3 Monate -177(40,2%)

4-6 " -128(29,1%)

7-9 " - 43(9,8%)

10-12 " - 14(3,1%)

1 Jahr und mehr- 40(9,1%)

chronisch - 30(6,8%)

(siehe Abb. 5)

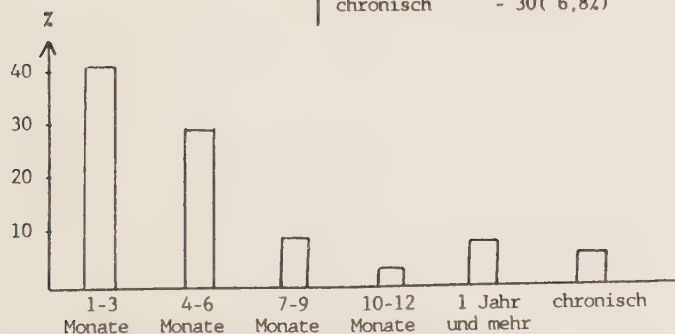
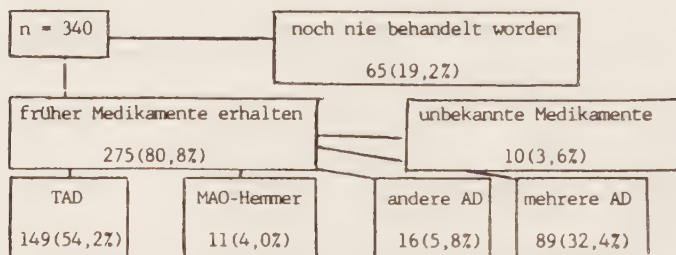


Abb. 5b: durchschnittliche Phasendauer

frühere medikamentöse Behandlung in depressiven Phasen (nur bei Patienten mit mehr als einer depressiven Phase)



Erfolg dieser durchgeführten medikamentösen Behandlung

20 (7,5%) nein	118 (44,3%)
128 (48,1%) sicher	

Erfolg mit gleicher Medikation wie 1. jetzige Medikation

38 (38,8%) nein	60 (61,2%) ja
-----------------	---------------

Früher durchgeführter Schlafentzug

415 (96,8%) nein	14 (3,2%) ja
------------------	--------------

Erfolg dieses Schlafentzugs

5 nein	3 unsicher
6 sicher	

Früher durchgeführte EKT

379 (88,4%) nein	51 (11,6%) ja
------------------	---------------

Erfolg dieser EKT

4 (7,8%) nein	16 (31,3%) unsicher
31 (60,7%) sicher	

Tab. 5c: Patientenanamnese

3.3.3. Aktuelle Erkrankung

Es wurde die Dauer der jetzigen Krankheitsphase bis zur stationären Aufnahme erfaßt. Bei 144(32,7%) Patienten begann die depressive Phase vor weniger als 4 Wochen, bei 126(28,6%) vor weniger als 3 Monaten, bei 81(18,4%) vor weniger als 6 Monaten und bei 28(6,4%) Patienten vor weniger als 9 Monaten. Bei 61(13,9%) Patienten dauerte die depressive Phase bereits über 1 Jahr. Mit AD waren 239(54,3%) Patienten vorbehandelt, 196(44,5%) waren nicht vorbehandelt. Bei 5 Patienten fehlten die Angaben. Diese medikamentöse Vorbehandlung der 239 Patienten hatte bei 38(16,1%) bis zu 2 Wochen, bei 51(21,6%) bis zu 4 Wochen und bei 147(62,2%) bis zu 6 Wochen gedauert. Bei 3 Patienten fehlten die Angaben. Bei 72(30,2%) der 239 vorbehandelten Patienten wurde die ambulant begonnene medikamentöse Therapie fortgeführt, bei 167(69,8%) wurde in der Klinik ein anderes Medikament verwendet.

Weiter wurde die Dauer des stationären Aufenthaltes erfaßt. Eine Gruppe von 339(77,0%) Patienten blieb länger als 4 Wochen stationär, während 101(23,0%) Patienten vor Ablauf der 4. Woche entlassen wurden. Im Durchschnitt blieben die Patienten 7,9 Wochen in der Klinik. Begonnen wurde die medikamentöse Therapie bei 100(22,7%) Patienten mit Amitriptylin, bei 46(10,5%) mit Clomipramin, bei je 35(8,0%) mit Dibenzepin und Mianserin, bei 26(5,9%) mit Doxepin, bei 15(3,4%) mit Imipramin, bei 11(2,5%) mit Maprotilin, bei jeweils 9(2,0%) mit Nomifensin und MAO-Hemmern. Weiterhin wurden 78(17,6%) Patienten von der Aufnahme an kombiniert mit AD und NL, 27(6,1%) nur mit NL und 12(2,7%) mit einer Kombination von mehreren AD anbehandelt. Bei 37(8,4%) Patienten wurde ein Prüfpräparat verwandt. Bei 195(44,3%) Patienten war diese Erstbehandlung erfolgreich, während bei 239(54,3%) kein Erfolg erzielt wurde. 6 Patienten ließen sich nicht einordnen. Bei

den 239 Patienten wurden folgende therapeutische Maßnahmen ergriffen: Bei 80(34,0%) Patienten wurde die Anfangsmedikation mit anderen Präparaten kombiniert, bei 136(57,8%) wurde auf ein anderes Medikament umgestellt und bei 19(8,0%) eine EKT durchgeführt. Wurde die Anfangsmedikation kombiniert, so wurden bei 25(31,0%) Patienten NL dazugegeben, bei 14(17,5%) MAO-Hemmer und bei 33(41,2%) andere AD. Bei 8(10,0%) Patienten fand eine Mehrfachkombination mit AD und NL statt. Bei 136 Patienten wurde die Anfangsmedikation umgestellt, und zwar bei 108 (79,4%) Patienten auf ein anderes AD, bei 11(8,0%) auf ein NL und bei 17(12,6%) auf eine Kombination von AD und NL. Wurde auf ein anderes AD umgestellt, so wurde bei 31(39,0%) Patienten Amitriptylin verwendet, bei 18(22,6%) Dibenzepin, bei je 16(20,1%) Patienten Clomipramin bzw. MAO-Hemmer, bei 14(17,6%) Mianserin, bei 13(16,3%) Imipramin, bei 7 (8,8%) Nomifensin, bei 6(7,5%) Maprotilin und bei 5(6,3%) Patienten wurde Doxepin verwendet. (siehe Tab. 6a,b,c)

Jetzige Krankheitsdauer	bis 4 Wochen	-	144(32,7%)
	bis 12 Wochen	-	126(28,6%)
	bis 1/2 Jahr	-	81(18,4%)
	bis 3/4 Jahr	-	28(6,4%)
	1 Jahr und mehr	-	61(13,9%)
Jetzt antidepressive Vorbehandlung	239(54,3%) ja		196(44,5%) nein
	5 Patienten ohne Zuordnung		
Falls ja, Dauer der Vorbehandlung	bis 2 Wochen	-	38(16,1%)
	bis 4 Wochen	-	51(21,6%)
	bis 6 Wochen	-	147(62,2%)
	3 Patienten ohne Zuordnung		

Tab. 6a: Aktuelle Erkrankung

Mit gleicher Medikation vorbehandelt wie erste Medikation in der

Klinik 167(69,8%) nein | 72(30,2%) ja

Aufenthaltsdauer 339(77,0%) länger als 4 Wochen

101(23,0%) kürzer als 4 Wochen

Mittelwert 7,9 Wochen

Erste Behandlung mit 100(22,7%) Amitriptylin

46(10,5%) Clomipramin

35(8,0%) Dibenzepin

35(8,0%) Mianserin

26(5,9%) Doxepin

15(3,4%) Imipramin

11(2,5%) Maprotilin

9(2,0%) Nomifensin

9(2,0%) MAO-Hemmer

78(17,6%) NL + AD

27(6,1%) NL

12(2,7%) AD + AD

37(8,4%) Prüfpräparat

1. Behandlung erfolgreich 239(54,3%) nein 195(44,3%) ja

6 Patienten ließen sich nicht einordnen

kein Erfolg bei 239 Patienten

folgende Maßnahmen

Kombination

80(34,0%)

Umstellung

136(57,8%)

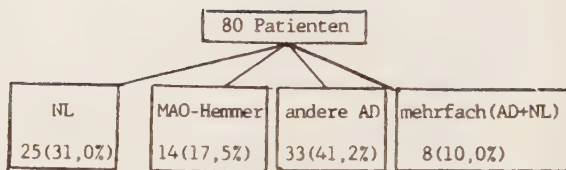
EKT

19(8,0%)

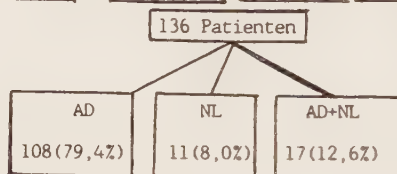
4 Patienten ließen sich nicht einordnen

Tab. 6b: Aktuelle Erkrankung

Kombination



Umstellung



Falls auf ein AD umgestellt wurde, dann auf:

- 31 (39,0%) Amitriptylin
- 18 (22,6%) Dibenzepin
- 16 (20,1%) Clomipramin
- 16 (20,1%) MAO-Hemmer
- 14 (17,6%) Mianserin
- 13 (16,3%) Imipramin
- 7 (8,8%) Nomifensin
- 6 (7,5%) Maprotilin
- 5 (6,3%) Doxepin

Tab. 6c: Aktuelle Erkrankung

3.4. Spezielle Auswertung

3.4.1. Vergleich weiblicher und männlicher Patienten

Dieser Teil der Untersuchung befaßt sich mit geschlechtsspezifischen Variablen. Hier fiel auf, daß bei männlichen Patienten die Krankheitsentstehung häufiger "sekundär" war als bei den Frauen, nämlich 23,9% zu 9,9%. Auch waren die männlichen Patienten eher gehemmt, 78,6% zu 66,6% der Frauen, die weiblichen Patienten eher agitiert, 33,4% zu 21,4% der Männer. Weiterhin waren bei den Männern signifikant häufiger wahnhaftige Symptome vorhanden, nämlich bei 32,5% gegenüber 13,3% der Frauen. Die weiblichen Patienten befanden sich im Mittel in der 4,3., die männlichen Patienten in der 3,1. depressiven Phase. Besonders häufig, in 72,9% der Fälle, waren die Männer in früheren depressiven Phasen mit TAD behandelt worden, während dies nur bei 51,5% der Frauen der Fall war. 37,9% der Frauen und 18,6% der Männer waren mit mehreren verschiedenen AD behandelt worden. Auch hatten die Frauen häufiger, nämlich 4,9%, MAO-Hemmer als die Männer, 1,7%, erhalten. Annähernd gleich häufig waren beide Geschlechter mit anderen AD behandelt worden: 6,8% Männer und 5,8% Frauen. Besonders bei männlichen Patienten war der Klinikaufenthalt kürzer als 4 Wochen, nämlich bei 29,9%, während dies nur bei 20,4% der Frauen der Fall war. Unter Hinzunahme der 2-Weg-Varianzanalyse mit dem zusätzlichen Faktor "ICD" ergab sich folgender signifikanter Unterschied: Besonders die bipolaren Frauen (93,0%) waren länger als 4 Wochen stationär in der Klinik, was nur bei 57,9% der bipolaren Männer der Fall war. Hingegen waren die bipolaren Männer zu 42,1% kürzer als 4 Wochen stationär im Gegensatz zu 7,0% der bipolaren Frauen. Bei den monopolen Patienten war der Unterschied weniger deutlich. Aber auch hier waren die männlichen Patienten eher kürzer in der Klinik, nämlich 27,5% im Gegensatz zu 22,5% der weib-

lichen Patienten. Das paranoid-halluzinatorische Syndrom war bei den Männern bei Aufnahme im Mittel mit 4,7 stärker ausgeprägt als bei den Frauen (3,1). Der Höchstwert lag annähernd gleich, bei 12 und bei 11. Das depressive Syndrom war im Durchschnitt bei Aufnahme mit 15,6 bei den Frauen stärker ausgeprägt als bei den Männern (13,7), wobei beide Geschlechter den gleichen Höchstwert, 38, erreichten. Das apathische Syndrom war bei Aufnahme bei den Männern mit 7,0 stärker ausgeprägt als bei den Frauen (6,0) und lag auch beim Maximalwert höher, 20 gegenüber 18 bei den Frauen. Unterschiede, die im Bereich des Trends lagen, ergaben sich bei folgenden Punkten: Eher bei den Männern (52,1%) war die 1. medikamentöse Behandlung erfolgreich. Dies war nur bei 42,3% der Frauen der Fall. Bei der Bewertung des Hostilitätssyndroms waren die Frauen mit 3,1 höher bewertet worden als die Männer (2,0). Der Höchstwert lag hier bei 15 bei den Frauen und bei 8 bei den Männern. (siehe Tab. 7a,b)

		Männer	Frauen	alle	Signifikanz (P)
"Genese"	primär	76,1	90,1	86,4	0,0002
	sekundär	23,9	9,9	13,6	
"Syndrom"	gehemmt	78,6	66,6	69,8	0,0149
	agitiert	21,4	33,4	30,2	
"Wahnhaft"	nein	67,5	86,7	81,6	0,0000
	ja	32,5	13,3	18,4	
"Phase"(x-te depressive Phase)					
	Mittelwert	3,1	4,3	3,9	0,0003

Tab. 7a: Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten

	Männer	Frauen	alle	P
"Frühere Behandlung mit"				
TAD	72,9	51,5	56,2	0,0003
MAO-Hemmer	1,7	4,9	4,2	
andere AD	6,8	5,8	6,0	
mehrere AD	18,6	37,9	33,6	
"Aufenthaltsdauer"				
länger als 4 Wochen	70,1	79,6	77,0	0,0367
kürzer als 4 Wochen	29,9	20,4	23,0	
zusätzliche 2-Weg-Varianzanalyse				
monopolar/länger	72,5	77,5		0,0164
bipolar/länger	57,9	93,0		
monopolar/kürzer	27,5	22,5		
bipolar/kürzer	42,1	7,0		
"Paranoid-halluzinatorisches Syndrom" (Aufnahme)				
Mittelwert	4,7	3,1	3,7	0,0180
Maximum	12	11		
"Depressives Syndrom" (Aufnahme)				
Mittelwert	13,7	15,6	15,1	0,0169
Maximum	38	38		
"Apathisches Syndrom" (Aufnahme)				
Mittelwert	7,0	6,0	6,2	0,0218
Maximum	20	18		
"Erste Behandlung erfolgreich"				
	52,1	42,3	44,9	0,0667
nicht erfolgreich	47,9	57,7	55,1	
"Hostilitätssyndrom" (Entlassung)				
Mittelwert	2,0	3,1	2,7	0,0788
Maximum	8	15		

Tab. 7b: Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten

3.4.2. Vergleich von Patienten mit monopolarer und Patienten mit bipolarer Krankheitsverlauf (296,1 bzw. 296,3 nach ICD)

In diesem Abschnitt werden Patienten mit monopolarer Krankheitsverlauf solchen mit bipolarer Verlauf gegenübergestellt. Hier fällt auf, daß sich die Patienten mit bipolarer Verlauf häufiger in stationärer Behandlung befanden als die Patienten mit monopolarer Verlauf, nämlich 3,6 mal im Vergleich zu 1,9 mal. Das Alter hingegen war bei den Patienten mit monopolarer Verlauf im Mittel mit 54,5 Jahren höher als bei den Patienten mit bipolarer Erkrankung. Hier lag der Durchschnittswert bei 49,7 Jahren. Auch waren die Patienten mit monopolarer Verlauf zu Beginn der Erkrankung durchschnittlich älter (45,3 Jahre) als die Patienten mit bipolarer Verlauf (35,0 Jahre). Der früheste Erkrankungsbeginn unterschied sich bei beiden Patientengruppen kaum, er lag bei 15 bzw. 16 Jahren, während der späteste Erkrankungsbeginn beim monopolarer Krankheitsverlauf mit 79 Jahren um 11 Jahre höher lag als bei den Patienten mit bipolarer Verlauf (68 Jahre). Die Patienten mit bipolarer Verlauf befanden sich im Durchschnitt in der 6,4. Phase, während die Patienten mit monopolarer Verlauf nur 3,6 Phasen aufwiesen. Die Phasen waren vor allem bei den Patienten mit bipolarer Verlauf kürzer, wohingegen die Patienten mit monopolarer Verlauf eher längere Phasen aufwiesen (Abb. 6). 50,8% der Patienten mit bipolarer Erkrankung hatten im Gegensatz zu 39,4% der Patienten mit monopolarer Erkrankung bis zu 3-monatige Phasen und 35,6% der Patienten mit bipolarer Erkrankung hatten im Gegensatz zu 28,7% der Patienten mit monopolarer Verlauf bis zu 6-monatige depressive Phasen. Mehr Patienten mit monopolarer Krankheitsverlauf hatten Phasen, die bis zu 9 Monaten, nämlich 11,0% gegenüber 3,4% und über 1 Jahr andauerten, 10,7% gegenüber 0,0%. Bei chronischem Krankheitsverlauf und Phasen, die zwischen

10 und 12 Monaten dauerten, war der Anteil der Patienten mit monopolarer und bipolarer Krankheitsverlauf annähernd gleich, nämlich 7,0% gegenüber 6,8% und 3,2% gegenüber 3,4%. Unter Hinzunahme der 2-Weg-Varianzanalyse mit dem Faktor "Geschlecht" konnte ein weiterer signifikanter Unterschied ausgemacht werden: Vor allem hatten die weiblichen bipolaren Patienten kürzere Phasen, nämlich 62,5% bis zu 3 Monaten gegenüber 26,3% bei den Männern mit bipolarem Verlauf. Bei den Männern und Frauen mit monopolarer Verlauf war die Länge der Phasen annähernd gleich. Bei der Frage nach der Andauer der aktuellen Krankheitsphase erhielt man ähnliche Ergebnisse (Abb. 7). Auch hier waren vor allem die Patienten mit bipolarem Verlauf kürzer erkrankt als die Patienten mit monopolarer Erkrankung. Bei 46,8% (bipolar) gegenüber 30,4% (monopolar) lag der Krankheitsbeginn weniger als 4 Wochen zurück, bei 35,7% (bipolar) gegenüber 27,5% (monopolar) weniger als 12 Wochen. Bei längerer Andauer der aktuellen Phase waren die Patienten mit monopolarer Erkrankung bevorzugt. Bis zu 1 Jahr dauerte die Phase bereits bei 19,6% gegenüber 11,3% der Patienten mit bipolarem Verlauf, bis zu einem 3/4 Jahr bei 7,1% der monopolaren Patienten gegenüber 1,6% der bipolaren Patienten und 1 Jahr und länger bei 15,3% der monopolaren und 4,8% der bipolaren Patienten. Auch waren die Patienten mit monopolarer Erkrankung häufiger medikamentös vorbehandelt, nämlich zu 57,0% gegenüber 41,7% der Patienten mit bipolarer Erkrankung. Weiter war bei 48,3% der Patienten mit monopolarer Depression die medikamentöse Erstbehandlung erfolgreich, während dies nur bei 24,6% der Patienten mit bipolarem Verlauf der Fall war. Wurde nach Erfolglosigkeit der Anfangsmedikation eine Umstellung auf ein anderes Medikament vorgenommen, so wurden vor allem die Patienten mit monopolarer Depression auf ein anderes AD umgestellt, nämlich

81,8% gegenüber 69,2% der Patienten mit bipolarer Erkrankung, sowie auf eine Kombination von AD und NL, nämlich 13,6% (monopolar) gegenüber 7,7% (bipolar). Patienten mit bipolarem Verlauf wurden bevorzugt, zu 23,1%, auf ein NL umgestellt, gegenüber 4,5% der Patienten mit monopolarer Erkrankung. Das manische Syndrom war bei Aufnahme bei den Patienten mit bipolarer Depression im Mittel mit 3,7 stärker ausgeprägt als bei den Patienten mit monopolem Verlauf (2,7). Der Höchstwert war mit 14 gleich. Auch bei Entlassung war das manische Syndrom bei den Patienten mit bipolarer Depression mit 2,4 und dem Höchstwert 7 stärker ausgeprägt als bei den Patienten mit monopolarer Erkrankung mit 1,6 und dem Höchstwert 5. Ebenso war das Hostilitäts-syndrom bei Entlassung bei den Patienten mit bipolarem Krankheitsverlauf im Mittel mit 4,8 und dem Höchstwert 15 stärker ausgeprägt als bei den Patienten mit monopolarer Erkrankung, die im Mittel mit 2,4 und höchstens 9 bewertet worden waren (siehe Tab. 8a,b,c).

	ICD	296,1	296,3		
		monopolar	bipolar	alle	P
"Beobachtungszeitraum"	Mittelwert	1,9	3,6	2,1	0,0000
"Alter"	Mittelwert	54,5	49,7	53,9	0,0142
"Alter bei Ersterkrankung"	Mittelwert	45,3	35,0	43,7	0,0000
	Maximum	79	68		
	Minimum	15	16		

Tab. 8a: Unterschiede zwischen Patienten mit monopolem und bipolarem Krankheitsverlauf

"Phase" (x-te depressive Phase)	ICD 296,1	296,3		P
	monopolar	bipolar	alle	
Mittelwert	3,6	6,4	3,9	0,0000
"Durchschnittliche Phasendauer"				
1-3 Monate	39,4	50,8	41,0	0,0385
4-6 "	28,7	35,6	29,6	
7-9 "	11,0	3,4	10,0	
10-12 "	3,2	3,4	3,2	
über 1 Jahr	10,7	0,0	9,3	
chronisch	7,0	6,8	6,9	

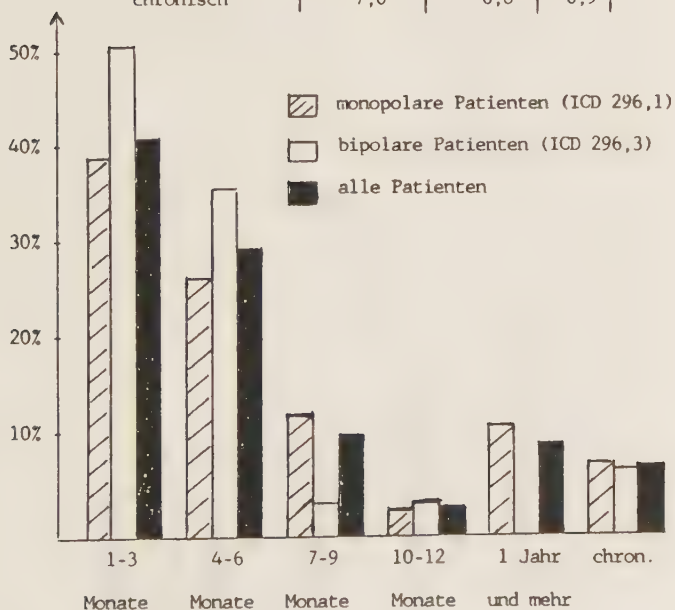


Abb. 6: Vergleich von Diagnose nach ICD und der durchschnittlichen Dauer der depressiven Phasen

"Durchschnittliche Phasendauer"

	monopolare Männer	monopolare Frauen	bipolare Männer	bipolare Frauen	P
1-3 Monate	34,0	41,3	26,3	62,5	0,0071
4-6 "	35,0	22,5	36,8	35,0	
7-9 "	13,4	10,1	10,5	0,0	
10-12 "	3,0	3,2	10,5	0,0	
1 Jahr und mehr	10,3	10,8	0,0	0,0	
chronisch	4,1	7,9	15,4	2,5	

"Jetzige Krankheitsdauer"

	monopolar	bipolar	alle	P
bis 4 Wochen	30,4	46,8	32,7	0,0063
bis 12 Wochen	27,5	35,7	28,6	
bis 1/2 Jahr	19,6	11,3	18,4	
bis 3/4 Jahr	7,1	1,6	6,4	
1 Jahr und mehr	15,3	4,8	13,9	

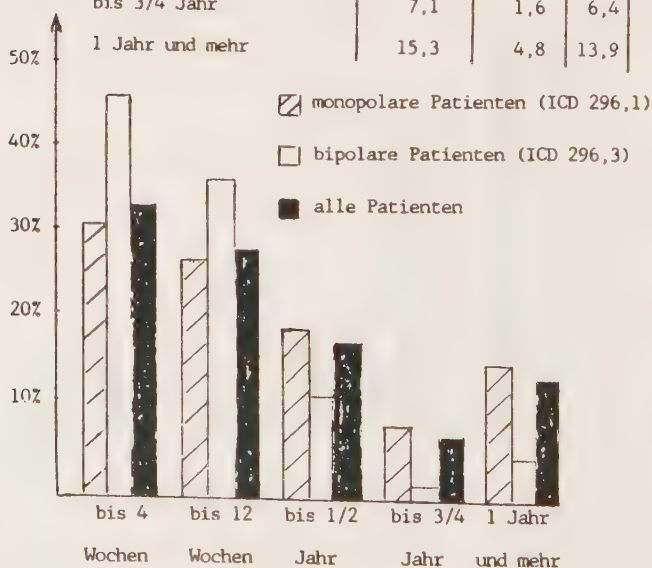


Abb. 7: Diagnose (ICD) und jetzige Krankheitsdauer

	monopolar	bipolar	alle	P
"Jetzt antidepressive Vorbehandlung"				
vorbehandelt	57,0	41,7	54,3	0,0272
nicht vorbehandelt	43,0	58,3	44,5	
"Erste Behandlung erfolgreich"				
erfolgreich	48,3	24,6	44,3	0,0006
nicht erfolgreich	51,7	75,4	54,3	
"Falls Umstellung, auf"				
AD	81,8	69,2	79,4	0,0069
NL	4,5	23,1	8,0	
AD + NL	13,6	7,7	12,5	
"Manisches Syndrom" (Aufnahme)				
Mittelwert	2,7	3,7	2,8	0,0355
Maximum	14	14		
"Manisches Syndrom" (Entlassung)				
Mittelwert	1,6	2,4	1,9	0,0304
Maximum	5	7		
"Hostilitätssyndrom" (Entlassung)				
Mittelwert	2,4	4,8	2,7	0,0093
Maximum	9	15		

Tab. 8c: Unterschiede zwischen Patienten mit monopolarer und Patienten mit bipolarer Krankheitsverlauf

3.4.3. Vergleich von Patienten mit agitierter und gehemmter Psychomotorik

In dem Abschnitt, der sich mit der Psychomotorik der Patienten befaßt, ergab sich ein Unterschied in nur einem Punkt. Bei Erfolglosigkeit der Erstmedikation wurden vor allem die eher gehemmten Patienten, zu 88,4% gegenüber 58,5% der eher agitierten Patienten, auf ein anderes AD umgestellt, welche dagegen häufiger, nämlich zu 17,7% auf NL umgestellt wurden. Hier waren es nur 4,2% der eher gehemmten Patienten. Auch wurden die eher agitierten Patienten zu 24,4% auf eine Kombination von AD und NL umgestellt im Gegensatz zu nur 7,4% der eher gehemmten Patienten. (siehe Tab. 9)

Psychomotorik	gehemmt	agitiert	alle	P
"Falls Umstellung, auf"				
AD	88,4	58,5	79,4	0,0004
NL	4,2	17,1	8,0	
AD + NL	7,4	24,4	12,6	

Tab. 9: Vergleich von Patienten mit agitierter und gehemmter Psychomotorik

3.4.4. Vergleich von Patienten mit wahnhafter Symptomatik mit Patienten ohne wahnhaftes Symptomatik

Hier fiel auf, daß bei Patienten mit synthymen Wahnsymptomatik bei einer früher durchgeführten EKT zu 25,0% kein Erfolg erzielt worden war, während dies nur bei 2,6% der Patienten ohne Wahnsymptomatik der Fall war. Unsicher war der Erfolg bei 25,0% der Patienten mit und bei 33,3% der Patienten ohne Wahnsymptomatik, während ein sicherer Erfolg besonders bei Patienten ohne Wahnsymptomatik, zu 64,1% im Vergleich zu

50,0% der Patienten mit Wahnsymptomatik erzielt worden war. Ein weiterer Unterscheidungspunkt war die Dauer der aktuellen depressiven Phase (Abb. 8). Besonders die Patienten mit Wahnsymptomatik kamen früh in die Klinik. 40,7% der Patienten mit Wahnsymptomatik kamen innerhalb von 4 Wochen zur stationären Aufnahme, während bei den Patienten ohne Wahnsymptomatik nur 30,9% in diesem Zeitraum aufgenommen wurden. Dauerte die Erkrankung bis zu 12 Wochen oder bis zu 1/2 Jahr, waren die Patientengruppen annähernd gleich groß. Bei bis zu 12 Wochen waren es 27,2% der Patienten mit und 29,0% der Patienten ohne Wahnsymptomatik. Bei Erkrankungsdauer bis zu 1/2 Jahr betrug die Anzahl der Patienten mit 22,2%, der Patienten ohne Wahnsymptomatik 17,5%. Bei längerer Andauer der depressiven Phase überwog die Zahl der Patienten ohne Wahnsymptomatik, nämlich bei einer Erkrankungsdauer bis zu 3/4 Jahr 7,8% gegenüber 0,0% wahnhaftes Patienten, und bei Andauer der depressiven Phase von 1 Jahr und länger 14,8% der Patienten ohne gegenüber 9,9% der Patienten mit Wahnsymptomatik. Unterschiedliche Ergebnisse ergaben sich auch bei den Maßnahmen, die wegen Erfolglosigkeit der Medikation ergriffen wurden. Während die Anfangsmedikation der wahnhaften Patienten besonders häufig kombiniert wurde, 39,5% gegenüber 31,9% der Patienten ohne Wahnsymptomatik und auch häufiger eine EKT durchgeführt wurde, 16,3% gegenüber 6,4% der Patienten ohne Wahnsymptomatik, wurden die nicht wahnhaften Patienten besonders häufig auf ein anderes Medikament umgestellt, nämlich 61,7% gegenüber 44,2% der wahnhaften Patienten. Auch bei der Bewertung des paranoid-halluzinatorischen Syndroms ergab sich bei Aufnahme eine unterschiedliche Bewertung. Hier lag der Mittelwert bei den wahnhaften Patienten bei 4,4 und dem Höchstwert 12, bei den Patienten ohne Wahnsymptomatik bei 2,2 und dem Höchstwert 6. Weiter wurde die Ausprägung des psychoorga-

nischen Syndroms bei Aufnahme und Entlassung unterschiedlich bewertet. Hier lag der Mittelwert bei Aufnahme bei den wahnhaften Patienten bei 4,3 und der Höchstwert bei 16 gegenüber den Patienten ohne Wahnsymptomatik, die den Mittelwert 2,9 und das Maximum 10 erreichten. Ähnliches ergab sich auch bei der Bewertung dieses Syndroms bei Entlassung. Hier lag der Mittelwert bei den wahnhaften Patienten bei 3,5 und dem Höchstwert 18, bei den Patienten ohne Wahnsymptomatik im Durchschnitt bei 2,0 und dem Maximum von 8. Auch bei der Bewertung des apathischen Syndroms ergaben sich sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung signifikante Unterschiede. Bei Aufnahme lag der Mittelwert der wahnhaften Patienten bei 8,1 und der Höchstwert bei 20, bei den Patienten ohne Wahnsymptomatik bei 5,8 sowie dem Maximum 18. Bei Entlassung ergaben sich folgende Werte: Bei den wahnhaften Patienten wurden der Durchschnittswert 3,4 und der Höchstwert 14 erreicht, bei den nicht wahnhaften Patienten der Mittelwert 2,3 und das Maximum 11. Ein weiterer Unterschied ergab sich im Bereich des neurologischen Syndroms bei Entlassung. Wahnhafte Patienten hatten im Mittel die Bewertung 2,2 und den Höchstwert 4, die nicht wahnhaften Patienten erreichten durchschnittlich den Wert 1,4 und höchstens 3. Bei der Untersuchung der Familienanamnese ergaben sich Unterschiede, die im Bereich des "Trends" lagen. Besonders bei nicht wahnhaften Patienten war die Familienanamnese positiv, nämlich bei 38,3%, während dies nur bei 28,0% der wahnhaften Patienten der Fall war. (Siehe Tab. 10a,b)

Patienten		-ohne	-mit		
		synthymmer Wahnsymptomatik		alle	P
"Früher EKT-Erfolg"					
kein Erfolg		2,6	25,0	7,9	0,0409
Erfolg unsicher		33,3	25,0	31,3	
Erfolg sicher		64,1	50,0	60,7	
"Jetzige Krankheitsdauer"					
bis 4 Wochen		30,9	40,7	32,7	0,0362
bis 12 Wochen		29,0	27,2	28,6	
bis 1/2 Jahr		17,5	22,2	18,4	
bis 3/4 Jahr		7,8	0,0	7,8	
1 Jahr und länger		14,8	9,9	13,9	

Tab. 10a: Vergleich von Patienten mit und solchen ohne synthymmer

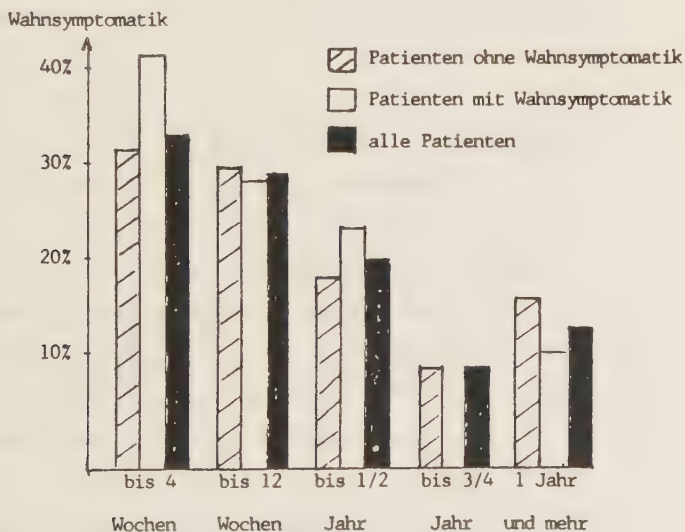


Abb. 8: Vergleich von Wahnsymptomatik und der jetzigen Krankheitsdauer

		Patienten -ohne -mit		alle	P
		synthymmer Wahnsymptomatik			
"Maßnahmen"					
	Kombination	31,9	39,5	34,0	0,0336
	Umstellung	61,7	44,2	57,9	
	EKT	6,4	16,3	8,0	
"Paranoid-halluzinatorisches Syndrom"(Aufnahme)					
	Mittelwert	2,2	4,4	3,7	0,0012
	Maximum	6	12		
"Psychoorganisches Syndrom"(Aufnahme)					
	Mittelwert	2,9	4,3	3,2	0,0006
	Maximum	10	16		
"Psychoorganisches Syndrom"(Entlassung)					
	Mittelwert	2,0	3,5	2,3	0,0039
	Maximum	8	18		
"Apathisches Syndrom"(Aufnahme)					
	Mittelwert	5,8	8,1	6,2	0,0000
	Maximum	18	20		
"Apathisches Syndrom"(Entlassung)					
	Mittelwert	2,3	3,4	2,6	0,0054
	Maximum	11	14		
"Neurologisches Syndrom"(Entlassung)					
	Mittelwert	1,4	2,2	1,6	0,0250
	Maximum	3	4		
"Familienanamnese"	negativ	61,7	72,0	63,5	0,0920
	positiv	38,3	28,0	36,5	

Tab. 10b: Vergleich von Patienten mit und solchen ohne synthymmer
Wahnsymptomatik

3.4.5. Vergleich der Patienten mit kurzer Aufenthaltsdauer und den Patienten mit langer Aufenthaltsdauer

Hier wurde die Gruppe von Patienten, die kürzer als 4 Wochen stationär war, mit der Patientengruppe verglichen, bei der der Klinikaufenthalt länger als 4 Wochen dauerte. Auffallend war u.a., daß 80,8% der Patienten mit kürzerem Klinikaufenthalt bereits früher mit dem gleichen Medikament erfolgreich behandelt worden war, während dies nur bei 54,2% der Patienten mit längerem Klinikaufenthalt der Fall war. Auch war bei 44,1% der Patienten mit kürzerem Aufenthalt die ambulant begonnene medikamentöse Therapie stationär fortgesetzt worden, was nur bei 25,6% der Patienten mit längerem Klinikaufenthalt der Fall war. Bei 55,9% der Patienten mit kürzer als 4 Wochen dauerndem Klinikaufenthalt wurde die ambulant begonnene Medikation bei Aufnahme durch eine andere ersetzt. Dies war bei 74,4% der Patienten mit längerem Klinikaufenthalt der Fall. Bei 79,6% der Patienten mit kürzer als 4 Wochen dauerndem Klinikaufenthalt war die erste medikamentöse Behandlung erfolgreich, während dies nur bei 34,8% der Patienten mit längerem Klinikaufenthalt der Fall war. Weiter wurde die Ausprägung des depressiven Syndroms bei Aufnahme durchschnittlich mit 15,6 und dem Höchstwert 38 bei Patienten mit längerem Klinikaufenthalt höher bewertet als bei Patienten mit kürzerem Aufenthalt, die im Mittel 13,5 und den Höchstwert 32 erhielten. Das psychoorganische Syndrom war bei Aufnahme bei den Patienten mit kürzerem Klinikaufenthalt im Durchschnitt mit 2,5 und maximal 11 bewertet worden, die Patienten mit längerem Aufenthalt erhielten hier im Mittel die Bewertung 3,4 und höchstens 16. Das apathische Syndrom war bei Aufnahme bei den Patienten mit längerem Klinikaufenthalt mit durchschnittlich 6,5 und maximal 20 stärker ausgeprägt als bei den Patienten mit kürzerem

Aufenthalt, die durchschnittlich 5,3 und den Höchstwert 18 erhielten. Das manische Syndrom war bei Entlassung bei den Patienten mit längerem Klinikaufenthalt mit durchschnittlich 2,0 und höchstens 7 stärker ausgeprägt als bei den Patienten mit kürzerem Aufenthalt, die im Mittel 1,4 und maximal 5 erhielten. (siehe Tab. 11a,b)

Aufenthaltsdauer länger		kürzer als 4 Wochen		
			alle	P
"Früher Erfolg mit gleicher Medikation wie 1. jetzige"				
kein Erfolg	45,8	19,2	38,8	0,0170
Erfolg	54,2	80,8	61,2	
"Mit gleicher Medikation wie Erstbehandlung in der Klinik"				
nein	74,4	55,9	69,9	0,0115
ja	25,6	44,1	30,1	
"Erste Behandlung erfolgreich"				
kein Erfolg	65,2	20,4	54,3	0,0000
Erfolg	34,8	79,6	44,3	
"Depressives Syndrom"(Aufnahme)				
Mittelwert	15,6	13,5	15,1	0,0136
Maximum	38	32		
"Psychoorganisches Syndrom"(Aufnahme)				
Mittelwert	3,4	2,5	3,2	0,0415
Maximum	16	11		
"Apathisches Syndrom"(Aufnahme)				
Mittelwert	6,5	5,3	6,2	0,0143
Maximum	20	18		

Tab. 11a: Vergleich von Patienten mit längerem und Patienten mit kürzerem Klinikaufenthalt

	Aufenthaltsdauer länger	kürzer	als 4 Wochen	
			alle	P
'Manisches Syndrom'(Entlassung)				
Mittelwert	2,0	1,4	1,9	0,0915
Maximum	7	5		

Tab. 11b: Vergleich von Patienten mit längerem und Patienten mit kürzerem Klinikaufenthalt

3.4.6. Vergleich von Patienten, bei denen die erste Behandlung Erfolg zeigte mit den Patienten, bei denen dies nicht der Fall war
Hier fiel auf, daß besonders Patienten mit monopolarer Erkrankung erfolgreich behandelt wurden. 92,3% aller erfolgreich behandelten Patienten waren an einer Depression mit monopolarer Verlauf erkrankt und nur 7,7% an einer Depression mit bipolarer Krankheitsverlauf. Bei den nicht erfolgreich behandelten Patienten betrug die Gruppe der monopolar erkrankten Patienten 80,8% und die Gruppe der bipolar erkrankten 19,2%. Weiter war die Genese bei den erfolgreich behandelten Patienten zu 82,1% primär und zu 17,9% sekundär, während die Genese bei den nicht erfolgreich behandelten Patienten zu 90,4% als primär und zu 9,6% als sekundär eingestuft wurde. Die Polarität (nach RDC) war bei den erfolgreich behandelten Patienten zu 89,7% unipolar, zu 6,7% bipolar I und zu 3,6% bipolar II. Bei den nicht erfolgreich behandelten Patienten war die Polarität zu 79,1% unipolar, bei 18,4% bipolar I und bei 2,5% bipolar II. Bei den erfolgreich behandelten Patienten war bei 73,4% früher eine medikamentöse Therapie mit AD durchgeführt worden, bei 26,6% nicht, während dies bei 84,3% der nicht erfolgreich behandelten Patienten der Fall war

und nur 15,7% früher keine AD erhalten hatten. War diese frühere Medikation identisch mit der jetzigen Erstmedikation, so war bei den jetzt erfolgreich behandelten Patienten bereits mit diesem Medikament zu 86,1% früher erfolgreich behandelt worden und nur zu 13,9% nicht. Wurde jetzt kein Erfolg erzielt, so war mit diesem Medikament zu 54,1% auch früher kein Erfolg erzielt worden, während man mit diesem Medikament bei 45,9% früher bereits erfolgreich gewesen war. Das apathische Syndrom war bei Aufnahme besonders bei den nicht erfolgreich behandelten Patienten ausgeprägt und im Mittel mit 6,7 und höchstens 19 bewertet worden. Im Vergleich dazu die erfolgreich Patienten, die durchschnittlich mit 5,6 und höchstens 20 bewertet wurden. Bei der Untersuchung der Länge der depressiven Phasen ergab sich, daß vor allem die erfolgreich behandelten Patienten kürzere Phasen hatten (Abb. 9). Bei 49,7% der erfolgreich behandelten Patienten war die Phasendauer 1-3 Monate, während dies nur bei 34,5% der nicht erfolgreich behandelten Patienten der Fall war. Bei den nicht erfolgreich behandelten Patienten dauerten die depressiven Phasen bei 33,6% 4-6 Monate, bei 10,6% 7-9 Monate, bei 3,8% 10-12 Monate, bei 9,8% 1 Jahr und länger und wurde bei 7,7% als chronisch angegeben. Im Vergleich dazu die Phasen der erfolgreich behandelten Patienten: Bei 23,6% dauerten die depressiven Phasen 4-6 Monate, bei 9,4% 7-9 Monate, bei 2,6% 10-12 Monate, bei 8,9% 1 Jahr und länger und wurden bei 5,8% als chronisch angegeben. Im Durchschnitt befanden sich die nicht erfolgreich behandelten Patienten bereits in der 4,2. depressiven Phase, während die erfolgreich behandelten Patienten nur 3,6 depressive Phasen aufwiesen. (siehe Tab. 12a,b)

"Erste Behandlung erfolgreich"		nein	ja	alle	P
"ICD"	monopolar	80,8	92,3	85,9	0,0006
	bipolar	19,2	7,7	14,1	
"Genese"	primär	90,4	82,1	86,4	0,0006
	sekundär	9,6	17,9	13,6	
"Polarität"(RDC)	unipolar	79,1	89,7	83,9	0,0014
	bipolar I	18,4	6,7	13,2	
	bipolar II	2,5	3,6	3,0	
"Frühere medikamentöse AD-Behandlung"					
	nein	15,7	26,6	19,1	0,0142
	ja	84,3	73,4	80,9	
"Erfolgreich mit gleicher Medikation wie 1. jetzige Medikation"					
	nein	54,1	13,9	38,8	0,0000
	ja	45,9	86,1	61,2	
"Apathisches Syndrom"(Aufnahme)					
	Mittelwert	6,7	5,6	6,2	0,0052
	Maximum	19	20		
"Phase" (x-te depressive Phase)					
	Mittelwert	4,2	3,6	3,9	1,0000

Tab. 12a: Vergleich von Patienten, deren 1. medikamentöse Behandlung erfolgreich war mit Patienten, bei denen dies nicht der Fall war

"Erste Behandlung erfolgreich"		nein	ja	alle	P
"Phasendauer"	1-3 Monate	34,5	49,7	40,2	0,0538
	4-6 "	33,6	23,6	29,1	
	7-9 "	10,6	9,4	9,8	
	10-12 "	3,8	2,6	3,2	
	1 Jahr und länger	9,8	8,9	9,1	
	chronisch	7,7	5,8	6,8	

Tab. 12b: Vergleich von Patienten, deren 1. medikamentöse Behandlung erfolgreich war mit Patienten, bei denen dies nicht der Fall war

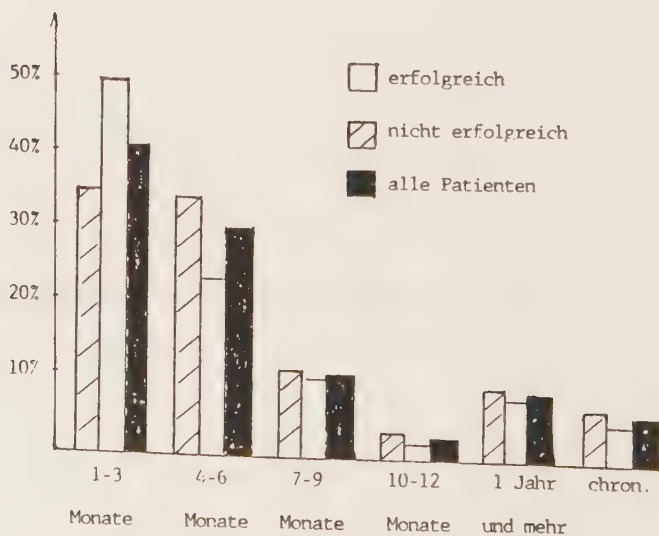


Abb. 9: Vergleich der Dauer der depressiven Phasen mit dem Erfolg der 1. medikamentösen Behandlung

3.4.7. Vergleich der Patienten hinsichtlich ihrer psychosozialen

Beeinträchtigung (PSB) bei Klinikaufnahme

Alle Patienten wurden anhand ihrer PSB bei Klinikaufnahme in drei Gruppen eingeteilt. Bei einer Gruppe ging die Bewertung bis 25 (starke Beeinträchtigung), bei der nächsten lag die Bewertung zwischen 26 und 50 (mittlere Beeinträchtigung) und bei der dritten lag die Bewertung zwischen 51 und 75 (geringe Beeinträchtigung). Diese drei Gruppen unterschieden sich in folgenden Punkten der Untersuchung. Die Gesamtaufenthaltsdauer betrug bei den Patienten der Gruppe mit starker PSB im Mittel 10,4 Wochen und höchstens 29 Wochen, bei der Gruppe mit mittlerer PSB im Durchschnitt 8,1 Wochen und höchstens 34 Wochen und bei der Gruppe mit der geringsten PSB im Mittel 5,8 Wochen und längstens 17 Wochen. Bei der Bewertung des depressiven Syndroms bei Aufnahme wurde die Gruppe mit der stärksten PSB im Mittel mit 17 und dem Maximum 36 bewertet, die Gruppe mit mittlerer PSB mit durchschnittlich 16 und höchstens 38 und die Gruppe mit der geringsten PSB mit durchschnittlich 9 und maximal 21. Bei der Bewertung des psychoorganischen Syndroms bei Aufnahme erreichte die Gruppe mit stärkster PSB im Durchschnitt 5,6 und den Höchstwert 16, die Gruppe mit mittlerer PSB durchschnittlich 3,0 und ebenfalls den Höchstwert 16 und die Gruppe mit der geringsten PSB im Mittel 2,5 und den Höchstwert 9. Bei der Bewertung des Hostilitätssyndroms bei Aufnahme erreichte die Gruppe mit der stärksten PSB im Durchschnitt 4,9 und maximal 13, die Gruppe mit der mittleren PSB im Mittel 3,0 und höchstens 12 und die Gruppe mit der geringsten PSB durchschnittlich 3,1 und den Höchstwert 14. Bei der Bewertung des apathischen Syndroms erreichte die Gruppe mit der stärksten PSB durchschnittlich 9,4 und maximal 19, die Gruppe mit der mittleren PSB im Durchschnitt 6,1 und

höchstens 18, die Gruppe mit der geringsten PSB im Mittel 4,8 und maximal den Wert 20. Bei der Bewertung des vegetativen Syndroms erhielt die Gruppe mit der stärksten PSB im Durchschnitt 4,7 und höchstens 18, die Gruppe mit der mittleren PSB die durchschnittliche Bewertung 3,7 und den Höchstwert 20 und die Gruppe mit der geringsten PSB im Mittel 2,8 und den Höchstwert 9. (siehe Tab. 13)

"Psychosoziale Beeinträchtigung"	-25	26-50	51-75	alle	P
"Gesamtaufenthaltsdauer"(Wochen)					
Mittelwert	10,4	8,1	5,8	7,9	0,0000
Maximum	29	34	17		
"Depressives Syndrom"(Aufnahme)					
Mittelwert	17	16	9	15,1	0,0000
Maximum	36	38	21		
"Psychoorganisches Syndrom"(Aufnahme)					
Mittelwert	5,6	3,0	2,5	3,2	0,0000
Maximum	16	16	9		
"Hostilitätssyndrom"(Aufnahme)					
Mittelwert	4,9	3,0	3,1	3,3	0,0022
Maximum	13	12	14		
"Apathisches Syndrom"(Aufnahme)					
Mittelwert	9,4	6,1	4,8	6,2	0,0000
Maximum	19	18	20		
"Vegetatives Syndrom"(Aufnahme)					
Mittelwert	4,7	3,7	2,8	3,6	0,0727
Maximum	18	20	9		

Tab. 13: Vergleich der Patienten anhand ihrer unterschiedlichen psychosozialen Beeinträchtigung

3.4.8. Vergleich von Patienten, die AD, NL, oder AD und NL als Anfangsmedikation erhielten

Die Medikamentengruppe A unterschied Patienten, die entweder nur AD, nur NL oder AD kombiniert mit NL als Erstmedikation erhalten hatten. Unterschiede ergaben sich u.a. bei der Beobachtungsperiode. Die mit AD behandelten Patienten waren durchschnittlich 2,0 mal und maximal 19 mal in stationärer Behandlung. Bei den mit NL behandelten Patienten waren es im Mittel 3,2 und höchstens 12 stationäre Aufenthalte und bei den Patienten, die AD und NL erhielten, waren es durchschnittlich 2,1 und höchstens 11 stationäre Aufenthalte. Weiterhin unterschieden sich die Patientengruppen im Alter. Das Alter der Patienten, die AD erhielten, lag im Durchschnitt bei 55,0 Jahren und reichte von 17 bis 82 Jahre. Das Alter der mit NL behandelten Patienten lag im Mittel bei 48,7 Jahren und reichte von 21 bis 79 Jahre. Das Alter der Patienten, die AD und NL erhielten, lag im Durchschnitt bei 52,2 Jahren und reichte von 23 bis 80 Jahre. Die Krankheitsentstehung wurde bei 88,9% der mit AD behandelten Patienten als primär und bei 11,1% als sekundär beurteilt. Bei den mit NL anbehandelten Patienten wurde die Genese bei 88,4% als primär und bei 11,6% als sekundär beurteilt. Bei den Patienten, die AD und NL erhielten, wurde bei 77,0% die Genese als primär und bei 23,0% als sekundär beurteilt. Auch im Bereich der Wahnsymptomatik ergaben sich Unterschiede. Nur 9,1% der mit AD behandelten Patienten wiesen synthyme Wahnsymptome auf, während dies bei 51,9% der mit NL und bei 47,4% der mit AD und NL anbehandelten Patienten der Fall war. Unter Hinzunahme der 2-Weg-Varianzanalyse mit dem zusätzlichen Faktor "Geschlecht" ergab sich folgender Unterschied: Vor allem die wahnhaften Männer wurden kombiniert mit AD und NL anbehandelt, nämlich zu 74,0% gegenüber 33,3% der wahnhaften

Frauen. Nur mit NL wurden 55,6% der wahnhaften Frauen und 44,4% der wahnhaften Männer behandelt. Die nicht wahnhaften Frauen erhielten zu 93,1% nur AD. Dies war nur bei 83,3% der nicht wahnhaften Männer der Fall. Der Erfolg einer früheren Behandlung mit AD wurde wie folgt beurteilt: Bei den Patienten, die mit AD anbehandelt wurden, war bereits bei 54,0% früher ein sicherer Erfolg erzielt worden, bei 38,0% war der Erfolg unsicher und bei 7,6% war kein Erfolg erzielt worden. Bei 33,3% der mit NL behandelten Patienten war früher mit AD ein sicherer Erfolg erzielt worden, bei 61,2% war der Erfolg unsicher und bei 5,5% war diese frühere Behandlung erfolglos. Bei 27,5% der mit AD und NL behandelten Patienten war früher mit AD ein sicherer Erfolg erzielt worden, bei 65,0% war der Erfolg unsicher und bei 7,5% war kein Erfolg erzielt worden. Die Ausprägung des depressiven Syndroms wurde bei Aufnahme bei den mit AD behandelten Patienten im Mittel mit 15,4 und höchstens mit 36 bewertet. Bei den mit NL behandelten Patienten wurde dieses Syndrom mit durchschnittlich 11,1 und maximal 32 bewertet. Die mit AD und NL behandelten Patienten wurden mit durchschnittlich 15,3 und höchstens 38 bewertet. Die Ausprägung des manischen Syndroms wurde bei Aufnahme bei den mit AD behandelten Patienten im Mittel mit 2,5 und dem Höchstwert 9 bewertet. Die mit NL behandelten Patienten wurden hierin mit durchschnittlich 4,7 und maximal 14 bewertet. Die mit AD und NL behandelten Patienten erhielten im Durchschnitt 3,1 und den Höchstwert 9. Die mit AD behandelten Patienten befanden sich im Mittel in der 4,1. und maximal in der 32. depressiven Phase. Die Patienten, die NL erhielten, befanden sich im Durchschnitt in der 5,5. und höchstens in der 16. depressiven Phase. Die mit AD und NL behandelten Patienten befanden sich durchschnittlich in der 3,1. und höchstens in der 20. Phase. Vorbehandelt waren

von den mit AD behandelten Patienten 59,3% , von den mit NL behandelten 42,4% und von den mit AD und NL behandelten Patienten 44,1%. Das Hostilitätssyndrom war bei Entlassung bei den mit AD behandelten Patienten im Mittel mit 2,6 und höchstens 15 bewertet worden. Die mit NL behandelten Patienten wurden durchschnittlich mit 4,8 und maximal 8, die mit AD und NL behandelten Patienten mit durchschnittlich 1,8 und höchstens 4 bewertet. (siehe Tab. 14a,b)

Medikamentengruppe A		AD	NL	AD+NL	alle	P
"Beobachtungszeitraum"						
	Mittelwert	2,0	3,2	2,1	2,1	0,0021
	Maximum	19	12	11		
"Alter"						
	Mittelwert	55,0	48,7	52,2	53,9	0,0340
	Maximum	82	79	80		
	Minimum	17	21	23		
"Genese"						
	primär	88,9	88,4	77,0	86,4	0,0336
	sekundär	11,1	11,6	23,0	13,6	
"Wahnhaft"						
	nein	90,9	48,1	52,6	81,6	0,0000
	ja	9,1	51,9	47,4	18,4	
nicht wahnhafte Männer		83,3	55,6	26,0		0,0021
nicht wahnhafte Frauen		93,1	44,4	66,7		
wahnhafte Männer		16,7	44,4	74,0		
wahnhafte Frauen		6,9	55,6	33,3		

Tab. 14a: Vergleich von Patienten, die mit AD, mit NL oder mit AD und NL kombiniert anbehandelt wurden

	AD	NL	AD+NL	alle	P
"Erfolg einer früheren Behandlung mit AD"					
kein Erfolg	7,6	5,5	7,5	7,5	0,0382
Erfolg unsicher	38,0	61,2	65,0	44,3	
Erfolg sicher	54,4	33,3	27,5	48,1	
"Depressives Syndrom"(Aufnahme)					
Mittelwert	15,4	11,1	15,3	15,2	0,0173
Maximum	36	32	38		
"Manisches Syndrom"(Aufnahme)					
Mittelwert	2,5	4,7	3,1	2,8	0,0028
Maximum	9	14	9		
"Phase"(x-te depressive Phase)					
Mittelwert	4,1	5,5	3,1	3,9	0,0535
Maximum	32	16	20		
"Vorbehandelt"					
ja	59,3	42,4	44,1	54,3	0,0554
nein	40,7	57,6	55,9	44,5	
"Hostilitätssyndrom"(Entlassung)					
Mittelwert	2,6	4,8	1,8	2,6	0,0943
Maximum	15	8	4		

Tab. 14b: Vergleich von Patienten, die mit AD, mit NL oder mit AD und NL kombiniert anbehandelt wurden

3.4.9. Vergleich von Patienten, die mit TAD behandelt wurden, mit Patienten, die neue AD (Mianserin, Maprotilin) erhielten

Die Medikamentengruppe B unterschied Patienten, die entweder mit TAD oder neuen AD behandelt wurden. Ein Unterschied ergab sich im Alter. Die mit TAD behandelten Patienten waren durchschnittlich 53,8 Jahre alt, wobei der jüngste Patient 17 und der älteste 80 Jahre alt war. Die mit neuen AD behandelten Patienten waren im Durchschnitt 59,9, der jüngste 32 und der älteste 80 Jahre alt. Das apathische Syndrom war bei Aufnahme bei den Patienten, die TAD erhielten, im Mittel mit 5,9 und maximal mit 20 bewertet worden. Die mit neuen AD behandelten Patienten waren hierin mit durchschnittlich 7,3 und höchstens 18 bewertet worden. Die psychosoziale Beeinträchtigung bei Entlassung lag bei den mit TAD behandelten Patienten im Mittel bei 70,2 und zwischen 15 und 99. Bei den mit neuen AD behandelten Patienten war die PSB durchschnittlich 66,9, mindestens 31 und höchstens 95. Die Ausprägung des manischen Syndroms wurde bei den mit TAD behandelten Patienten bei Aufnahme im Durchschnitt mit 2,6 und maximal mit 9 bewertet, bei den mit neuen AD behandelten Patienten mit durchschnittlich 1,8 und höchstens 3. Bei Entlassung wurde dieses Syndrom bei den mit TAD behandelten Patienten durchschnittlich mit 1,7 und maximal 5, bei den mit neuen AD behandelten Patienten im Mittel mit 2,7 und höchstens 5 bewertet. (siehe TAB. 15)

Medikamentengruppe B		TAD	neue	alle	P
"Alter"	Mittelwert	53,8	59,9	53,9	0,0067
	Maximum	80	80		
	Minimum	17	32		
"Apathisches Syndrom"(Aufnahme)					
	Mittelwert	5,9	7,3	6,2	0,0284
	Maximum	20	18		
"PSB-Entlassung"					
	Mittelwert	70,2	66,9	60,5	0,0856
	Maximum	99	95		
	Minimum	15	31		
"Manisches Syndrom"(Aufnahme)					
	Mittelwert	2,6	1,8	2,8	0,0614
	Maximum	9	3		
"Manisches Syndrom"(Entlassung)					
	Mittelwert	1,7	2,7	1,9	0,0611
	Maximum	5	5		

Tab. 15: Vergleich von Patienten, die mit TAD behandelt wurden und Patienten, die neue AD (Mianserin, Maprotilin) erhielten

3.4.10. Vergleich von Patienten, die mit TAD behandelt wurden, und Patienten, die kombiniert TAD und NL erhielten

Die Medikamentengruppe C unterschied Patienten, die entweder TAD oder TAD und NL erhielten. Die Krankheitsentstehung wurde bei 89,2% der mit TAD behandelten Patienten als primär und bei 10,8% als sekundär beurteilt, während 79,3% der Patienten, die TAD und NL erhielten, als primär und 20,7% als sekundär beurteilt wurden. Auch wurden mehr gehemmte Patienten mit TAD behandelt, nämlich 72,5%, und nur 27,5% der eher agitierten Patienten. Von den kombiniert behandelten Patienten waren 58,7% eher gehemmt und 41,3% eher agitiert. Von den Patienten, die mit TAD behandelt wurden, zeigten 7,3% synthyme Wahnsymptome und 92,7% nicht. 49,2% der mit TAD und NL behandelten Patienten wiesen Wahnsymptome auf, 50,8% keine. Von den mit TAD und NL behandelten männlichen Patienten zeigten 76,2% wahnhaft Symptome und 23,8% nicht. 35,8% der weiblichen Patienten, die TAD und NL erhielten, zeigten wahnhaft Symptome und 64,2% nicht. Von den männlichen Patienten, die nur mit TAD behandelt wurden, wiesen 17,3% wahnhaft Symptome auf, während dies bei 82,7% nicht der Fall war. 4,7% der Frauen, die mit TAD behandelt wurden, zeigten wahnhaft Symptome und 95,3% nicht. Bei Erfolgslosigkeit der medikamentösen Erstbehandlung wurden die mit TAD anbehandelten Patienten bevorzugt, zu 49,1%, auf ein anderes Medikament umgestellt, zu 43,1% mit einem anderen Medikament kombiniert, bei 7,8% wurde eine EKT durchgeführt. Die Patienten, die mit TAD und NL behandelt wurden, wurden zu 72,5% auf eine andere Medikation umgestellt, nur zu 17,2% kombiniert, bei 10,3% der Patienten wurde eine EKT durchgeführt. Weiterhin befanden sich die mit TAD behandelten Patienten im Durchschnitt in der 4,1. und höchstens in der 32. depressiven Phase. Die Patienten, die TAD und NL erhielten, befanden sich

durchschnittlich in der 3.0. und höchstens in der 13. depressiven Phase. Der Erfolg einer früher durchgeführten medikamentösen Therapie mit AD war bei 54,6% der mit TAD behandelten Patienten sicher, bei 35,5% unsicher und bei 9,9% war kein Erfolg erzielt worden. Bei den Patienten, die mit TAD und NL behandelt wurden, war bei 25,0% der Erfolg sicher, bei 71,9% unsicher, während bei 3,1% die frühere medikamentöse Therapie erfolglos war. 60,2% der mit TAD behandelten Patienten waren vor Aufnahme mit AD vorbehandelt, während dies nur 48,3% der mit TAD und NL behandelten Patienten der Fall war. Die Gesamtaufenthaltsdauer betrug bei den mit TAD behandelten Patienten durchschnittlich 7,7 Wochen und maximal 28 Wochen, bei den mit TAD und NL behandelten Patienten im Mittel 9,1 und höchstens 34 Wochen. Hierbei waren vor allem die weiblichen Patienten länger stationär, die mit TAD und NL behandelt wurden, nämlich 10,1 Wochen im Gegensatz zu den kombiniert behandelten Männern, die die Klinik im Durchschnitt nach 7,0 Wochen verließen. Die nur mit TAD behandelten Männer blieben im Mittel 8,1 Wochen, die Frauen 7,6 Wochen stationär. (siehe Tab. 16a,b)

Medikamentengruppe C		TAD	TAD+NL	alle	P
'Genese'	primär	89,2	79,3	86,4	0,0407
	sekundär	10,8	20,7	13,6	
'Syndrom'	gehemmt	72,5	58,7	69,8	0,0360
	agitiert	27,5	41,3	30,2	
'Wahnhaft'	ja	7,3	49,2	18,4	0,0000
	nein	92,7	50,8	81,6	

Tab. 16a: Vergleich von Patienten, die mit TAD behandelt wurden und Patienten, die TAD und NL kombiniert erhielten

		TAD	TAD+NL	alle	P
	wahnhafte Männer	17,3	76,2		0,0251
	wahnhafte Frauen	4,7	35,8		
	nicht wahnhafte Männer	82,7	23,8		
	nicht wahnhafte Frauen	95,3	64,2		
"Maßnahmen"	Kombination	43,1	17,2	34,0	0,0251
	Umstellung	49,1	72,5	57,8	
	EKT	7,8	10,3	8,0	
"Phase" (x-te depressive Phase)					
	Mittelwert	4,1	3,0	3,9	0,0627
	Maximum	32	13		
"Erfolg einer früheren Behandlung mit AD"					
	kein Erfolg	9,9	3,1	7,5	0,0746
	Erfolg unsicher	35,5	71,9	44,3	
	Erfolg sicher	54,6	25,0	48,1	
"Vorbehandelt"	ja	60,2	48,3	54,3	0,0951
	nein	39,8	51,7	45,7	
"Gesamtaufenthaltsdauer" (Wochen)					
	Mittelwert	7,7	9,1	7,9	0,0678
	Maximum	28	34		
	männliche Patienten	8,1	7,0		0,0214
	weibliche Patienten	7,6	10,1		

Tab. 16b: Vergleich von Patienten, die mit TAD behandelt wurden und Patienten, die TAD und NL kombiniert erhielten

3.4.11. Vergleich von Patienten, die mit Amitriptylin behandelt wurden, und Patienten, die Amitriptylin und NL kombiniert erhielten

Die Medikamentengruppe D unterschied Patienten, die entweder Amitriptylin oder Amitriptylin in Kombination mit NL erhielten. 82,0% der mit Amitriptylin behandelten Patienten waren Frauen, 18,0% Männer. 64,1% der Patienten, die mit Amitriptylin und NL behandelt wurden, waren Frauen und 35,9% Männer. 67,0% der mit Amitriptylin behandelten Patienten waren eher gehemmt, 33,0% eher agitiert. 48,7% der Patienten, die mit Amitriptylin und NL behandelt wurden, waren eher gehemmt und 51,3% eher agitiert. 93,0% der mit Amitriptylin behandelten Patienten zeigten keine Wahnsymptome, während dies bei 7,0% der Fall war. Hingegen waren bei 59,0% der mit Amitriptylin und NL behandelten Patienten Wahnsymptome vorhanden, bei 41,0% nicht. Weiterhin zeigten 11,1% der mit Amitriptylin behandelten Männer wahnhaft Symptome und nur 6,1% der mit Amitriptylin behandelten Frauen. 86,8% der mit Amitriptylin und NL behandelten Männer zeigten wahnhaft Symptome und nur 44,0% der kombiniert behandelten Frauen. Die Dauer der Vorbehandlung war bei Patienten, die mit Amitriptylin behandelt wurden, vor stationärer Aufnahme in 11,1% der Fälle kürzer als 2 Wochen, in 18,5% der Fälle kürzer als 4 Wochen und in 70,4% der Fälle kürzer als 6 Wochen. Bei Patienten, die Amitriptylin und NL erhielten, war in 43,7% der Fälle die Dauer der Vorbehandlung kürzer als 2 Wochen, in 25,0% der Fälle kürzer als 4 Wochen und in 31,3% der Fälle kürzer als 6 Wochen. Bei Erfolglosigkeit der Anfangsmedikation wurde bei den mit Amitriptylin behandelten Patienten in 50,0% der Fälle mit einem anderen Medikament kombiniert, bei 45,6% auf ein anderes Medikament umgestellt und in 4,4% der Fälle eine EKT durchgeführt. Die Medikation der Pa-

tienten, die mit Amitriptylin und NL anbehandelt wurden, wurde bei Erfolglosigkeit in 13,3% der Fälle kombiniert, in 66,7% der Fälle umgestellt und in 20,0% eine EKT durchgeführt. Die Ausprägung des depressiven Syndroms wurde bei Entlassung bei den mit Amitriptylin behandelten Patienten im Mittel mit 4,1 und maximal mit 19 bewertet, bei den mit Amitriptylin und NL behandelten mit durchschnittlich 2,2 und höchstens 6. (siehe Tab. 17a,b)

Medikamentengruppe D		Amitriptylin	Amitr. + NL	alle	P
'Geschlecht'	Männer	18,0	35,9	26,6	0,0243
	Frauen	82,0	64,1	73,4	
'Syndrom'	gehemmt	67,0	48,7	69,8	0,0466
	agitiert	33,0	51,3	30,2	
'Wahnhaft'	ja	7,0	59,0	18,4	0,0000
	nein	93,0	41,0	81,6	
	wahnhafte Männer	11,1	86,8		0,0088
	wahnhafte Frauen	6,1	44,0		
	nicht wahnhafte Männer	88,9	14,2		
	nicht wahnhafte Frauen	93,9	56,0		
'Dauer der Vorbehandlung'					
	bis 2 Wochen	11,1	43,7	16,1	0,0010
	bis 4 Wochen	18,5	25,0	21,6	
	bis 6 Wochen	70,4	31,3	62,2	
'Maßnahmen'	Kombination	50,0	13,3	34,0	0,0040
	Umstellung	45,6	66,7	57,8	
	EKT	4,4	20,0	8,0	

Tab. 17a: Vergleich von Patienten, die mit Amitriptylin behandelt wurden und Patienten, die Amitriptylin und NL erhielten

	Amitriptylin	Amitr.+ NL	alle	P
"Depressives Syndrom"(Entlassung)				
Mittelwert	4,1	2,2	3,5	0,0853
Maximum	19	6		

Tab. 17b: Vergleich von Patienten, die mit Amitriptylin behandelt wurden und Patienten, die Amitriptylin und NL kombiniert erhielten

3.5. Zusammenfassung der Ergebnisse

Bei Männern wurde die Krankheitsentstehung häufiger als sekundär beurteilt, sie waren psychomotorisch auch häufiger gehemmt als die Frauen. Wahnhaftige Symptome traten ebenfalls bei männlichen Patienten öfter auf. In früheren Phasen waren Männer häufiger mit TAD und kaum mit MAO-Hemmern behandelt worden, bei Frauen waren vor allem mehrere verschiedene AD angewandt worden. Im Durchschnitt hatten die Frauen bereits mehr depressive Phasen erlebt und waren öfter länger als 4 Wochen stationär als die männlichen Depressiven, was z.T. dadurch begründet ist, daß die erste medikamentöse Behandlung vor allem bei den Frauen nicht erfolgreich war. Weibliche Patienten waren stärker depressiv, während das paranoid-halluzinatorische Syndrom und das apathische Syndrom bei Aufnahme bei den Männern stärker ausgeprägt war.

Patienten mit monopolarer Erkrankung kamen generell wesentlich seltener zur stationären Behandlung als Patienten mit bipolarem Krankheitsverlauf, sie waren im Mittel älter und ihre Erkrankung begann auch in einem höheren Lebensalter. Die Patienten mit bipolarer Erkrankung hatten annähernd doppelt so viele depressive Phasen erlebt, allerdings war die Phasendauer wesentlich kürzer. Dementsprechend war die Dauer der aktuellen Krankheitsphase bei diesen Patienten kürzer. So waren vor allem die Patienten mit monopolarer Erkrankung ambulant vorbehandelt. Die erste stationär durchgeführte medikamentöse Therapie war besonders bei den Patienten mit monopolarer Krankheitsverlauf erfolgreich. Mußte die Anfangsmedikation umgestellt werden, so erhielten die Patienten mit monopolarer Erkrankung vor allem wieder AD bzw. eine Kombination von AD und NL, die Patienten

mit bipolarer Erkrankung wurden öfter auf NL umgestellt.

Beim Vergleich der psychomotorisch gehemmten Patienten mit den eher agitierten ergab sich in nur einem Punkt ein signifikanter Unterschied. Die gehemmten Patienten wurden bei Umstellung der Anfangsmedikation vor allem wieder auf AD umgestellt, die agitierten Patienten mehr auf NL oder eine Kombination von AD und NL.

Bei der Unterscheidung der Patienten mit synthymer Wahnsymptomatik von denjenigen ohne synthyme Wahnsymptomatik ergab sich naturgemäß, daß das paranoid-halluzinatorische Syndrom bei Aufnahme besonders bei den Patienten mit Wahnsymptomatik stärker ausgeprägt war. Aber auch das psychoorganische Syndrom und das apathische Syndrom sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung waren bei den Patienten mit Wahnsymptomatik stärker ausgeprägt. Die Ausprägung des neurologischen Syndroms wurde bei den Patienten mit Wahnsymptomatik bei Entlassung höher bewertet. Weiter ergab sich, daß der Erfolg einer früher durchgeführten EKT besonders bei Patienten sicher war, die jetzt keine synthymen Wahnsymptome zeigten. Die Dauer der aktuellen Krankheitsphase war vor allem bei Patienten mit Wahnsymptomatik kürzer. Diese Patienten wurden besonders häufig bei Erfolglosigkeit der Erstmedikation mit EKT behandelt bzw. wurde ihre Medikation mit einer anderen kombiniert.

Vergleicht man Patienten, die länger als 4 Wochen stationär blieben, mit denjenigen, die innerhalb von 4 Wochen entlassen werden konnten, so fällt auf, daß vor allem die Patienten mit kürzerem Klinikaufenthalt bereits früher mit dem gleichen Medikament erfolgreich behandelt worden waren. Weiterhin wurde besonders bei Patienten mit kür-

zerem Aufenthalt die ambulant begonnene medikamentöse Therapie stationär fortgesetzt. Auf der Hand lag, daß vor allem bei Patienten mit kürzerem Klinikaufenthalt die erste Medikation erfolgreich war. Bei Patienten mit längerem Aufenthalt waren bei Aufnahme das depressive, aber auch das psychoorganische Syndrom und das apathische Syndrom signifikant stärker ausgeprägt.

Bei der Unterscheidung der Patienten, deren erste medikamentöse Behandlung erfolgreich war, von den Patienten, bei denen dies nicht der Fall war, fiel auf, daß besonders die Patienten mit monopolarer Krankheitsverlauf häufiger erfolgreich behandelt wurden als die Patienten mit bipolarem Verlauf. Überraschend war, daß die Krankheitsentstehung häufiger bei den erfolgreich behandelten Patienten als sekundär beurteilt wurde als bei den nicht erfolgreich behandelten Patienten. Das apathische Syndrom war bei Aufnahme bei den nicht erfolgreich behandelten Patienten stärker ausgeprägt als bei den nicht erfolgreich behandelten.

Die Depressivität schlug sich natürlich auch in der psychosozialen Beeinträchtigung nieder. Hier mußten die Patienten mit stärkerer psychosozialer Beeinträchtigung länger stationär bleiben. Bei ihnen war auch das depressive Syndrom, das psychoorganische Syndrom und das apathische Syndrom jeweils bei Aufnahme stärker ausgeprägt. Eine Ausnahme bildete das Hostilitätssyndrom, bei dem die Patientengruppe mit der mittleren psychosozialen Beeinträchtigung schlechter abschnitt sowohl als die besser als auch die schlechter beurteilte Gruppe.

Will man nun eruieren, warum depressive Patienten AD, NL oder AD in

Kombination mit NL erhalten, so zeigt sich, daß besonders bei Patienten, die bereits häufiger in der Klinik stationär waren, NL verordnet wurden. Die geringste Zahl stationärer Aufenthalte hatten die Patienten, bei denen AD gegeben wurden. Diese Patienten waren auch älter. Bei den kombiniert behandelten Patienten wurde die Krankheitsentstehung gemäß RDC häufiger als sekundär beurteilt, was bedeutet, daß in der Vorgesichte auch andere psychische Auffälligkeiten vorhanden waren. Wenn wahnhafte Symptome zu Tage traten, wurden vor allem NL oder die Kombination AD und NL verordnet. War bei Patienten ein Erfolg einer früheren Behandlung mit AD bekannt, so wurde deren stationäre Behandlung auch nur mit AD begonnen. Auch spielt für die Wahl der Behandlung die Tiefe der Depression eine Rolle. So war das depressive Syndrom bei Aufnahme am stärksten bei den mit AD und NL und am geringsten bei den mit NL anbehandelten Patienten ausgeprägt. Bei diesen waren Symptome, die zum manischen Syndrom gerechnet werden, am stärksten ausgeprägt, obwohl die Patienten depressiv waren.

Vergleicht man nun Patienten, die TAD erhalten und Patienten, die mit neuen AD behandelt werden, so zeigt sich, daß die mit TAD behandelten Patienten im Durchschnitt jünger waren, während das apathische Syndrom bei Aufnahme bei den Patienten, die neue AD erhielten, stärker ausgeprägt war.

Betrachtet man, welche Patienten mit TAD alleine oder in Kombination mit NL behandelt werden, so fällt auf, daß besonders die Krankheitsentstehung der Patienten mit Monotherapie als primär, die der Patienten mit kombinierter Therapie als sekundär beurteilt wurde. Weiter waren die Patienten mit Kombinationstherapie eher agitiert. Bei Erfolg-

losigkeit der medikamentösen Erstbehandlung wurde die Medikation der mit TAD behandelten Patienten eher kombiniert, wo bereits kombiniert behandelt wurde, wurde die Medikation umgestellt.

Amitriptylin wurde als häufigstes AD verordnet. Deshalb wurde noch einmal gesondert untersucht, welche Patienten Amitriptylin alleine oder in Kombination mit NL erhielten. Weibliche Patienten wurden öfter mit Amitriptylin allein, Männer hingegen häufiger kombiniert behandelt. Auch die agitierten Patienten sowie Patienten mit synthymer Wahnsymptomatik erhielten eher Amitriptylin und NL. Die Dauer der ambulanten Vorbehandlung war bei den kombiniert behandelten Patienten kürzer. Bei Erfolglosigkeit der stationären Erstmedikation wurden die mit Amitriptylin behandelten Patienten eher kombiniert weiterbehandelt, die mit Amitriptylin und NL behandelten Patienten wurden eher umgestellt oder erhielten EKT.

Im Zusammenhang mit der Wahnsymptomatik ergibt sich bei den Medikamentengruppen A,C und D weiterhin folgende Besonderheit: Von den Patienten, die eine Kombinationsbehandlung mit AD und NL erhielten, waren vor allem die Männer wahnhaft, während diese medikamentöse Therapie auch bei nicht wahnhaften Frauen häufig angewandt wurde.

4. Diskussion

4.1. Methodik - Diskussion

Schwierigkeiten ergaben sich vor allem beim Umsetzen der Krankengeschichte in die Form eines komputerlesbaren Erfassungsbogens, der auf bestimmte Fragestellungen nur eindeutig definierte Antworten zuließ. Besonders die Frage nach dem Erfolg früher durchgeführter medikamentöser Behandlungen, Schlafentzugsbehandlungen oder EKT war nicht immer eindeutig zu beantworten. Hier behalf man sich, indem man neben einer Bejahung oder Verneinung als dritte Möglichkeit die Antwort "Erfolg unsicher" wählen konnte. Eine weitere Schwierigkeit bestand dort, wo bei bereits lange andauernden Erkrankungen Angaben z.B. über die durchschnittliche Phasendauer und Phasenhäufigkeit, über früher durchgeführte medikamentöse Therapien usw. eine Antwort gefunden werden sollte. Hier versuchte man, durch Auf- oder Abrunden zu einem Mittelwert zu gelangen. Besonders bei Erkrankungen, deren Beginn lange zurücklag, konnten manche Punkte des Erfassungsbogens nur annäherungsweise behandelt werden, da diese alten Krankengeschichten meist sehr kurz abgefaßt waren und auf viele Punkte kaum eingingen. Aber auch bei neueren Krankengeschichten kam es gelegentlich vor, daß einige Fragen unbeantwortet blieben, z.B. die Frage nach der Familienanamnese, nach früheren medikamentösen Behandlungen usw.. Hier wurde auf eine Beantwortung verzichtet, diese Fälle wurden in der Auswertung gesondert aufgeführt. Als wenig problematisch erwies sich die Beantwortung der Fragen, die sich mit dem aktuellen Klinikaufenthalt und der aktuellen Krankheitsphase befaßten. Die Fragen des aktuellen Klinikaufenthalts nach Dauer, Anfangsmedikation und deren Erfolg und die jeweils ergriffenen Maßnahmen konnten ohne

Schwierigkeiten behandelt werden. Einige wenige Patienten ließen sich auch hier nicht einordnen und wurden gesondert aufgeführt. Auch die aktuelle Krankheitsphase ließ sich durch die genau geführten Anamnesen in das Schema des Fragebogens eingliedern. Die Diagnose wurde entsprechend der ICD-Klassifikation gestellt. Auswahlkriterien für die Untersuchung waren die Diagnosenummern 296,1 und 296,3, welche vom Krankenblatt übernommen wurden. Eine nachträgliche Beschreibung entsprechend den RDC-Kriterien konnte ohne Schwierigkeiten durchgeführt werden.

4.2. Diskussion der Ergebnisse der Patientendaten

73,4% der erfaßten endogen depressiven Patienten waren Frauen, 26,6% Männer. Hier ist ein Selektionseffekt anzunehmen, da die Kapazität der Klinik für Frauen größer ist. Die mittlere Aufenthaltsdauer von Männern und Frauen war annähernd gleich (7,5 Wochen bei Männern und 8,1 Wochen bei Frauen), so daß eine unterschiedliche Wechselhäufigkeit das Ergebnis nicht beeinflußt. Kraepelin z.B. gibt ein Zahlenverhältnis von Frauen zu Männern mit 70% zu 30% an (30), Dietrich ebenfalls mit 70% zu 30% (12) und Schulte/Tölle mit 66% zu 33% (50), so daß dennoch unsere Zahlen anderen Erfahrungen entsprechen.

Entsprechend ICD ergab sich bei 85,9% der Patienten ein monopolarer und bei 14,1% ein bipolarer Krankheitsverlauf. Nach den RDC-Kriterien war der Anteil der Patienten mit monopolarer Krankheitsverlauf etwas kleiner (84,0%), 13,0% der Patienten hatten einen bipolaren Verlauf und 3,0% einen monopolaren Verlauf mit hypomaner Nachschwankung. Das bedeutet, daß ein Teil der entsprechend RDC als bipolar II eingestuftten Patienten nach ICD als monopolar (1,9%) und ein Teil als bipolar (1,1%) klassifiziert wurde. Nach Weitbrecht (57) haben weniger, nämlich 2/3 der Patienten einen monopolaren Verlauf. Kraepelin (30) beschrieb bei affektiven Erkrankungen 48,9% monopolar-depressive Verläufe, 34,5% bipolare Verläufe und immerhin 16,6% monopolar-manische Krankheitsverläufe. Da letztere Patientengruppe in dieser Studie nicht erfaßt wurden, ergeben sich umgerechnet 58,7% Patienten mit monopolarer und 41,3% Patienten mit bipolarem Krankheitsverlauf. Schulte/Tölle (50) gibt 75% monopolare und 25% bipolare Verläufe an. Nach Akiskal (1) entwickeln 20% endogener Depressionen im Laufe der Zeit eine manische Phase. Auch hier entsprechen unsere Zahlen der Literatur, da anzunehmen ist, daß sich ein Teil der als monopolar klassifizierten Patien-

ten noch als bipolar herausgestellt.

Die Krankheitsentstehung endogener Depressionen nach ICD muß entsprechend RDC-Kriterien bei 13,6% der Patienten als sekundär beurteilt werden. Stancer (53) beurteilt bei 76,2% der Patienten die Krankheitsgenese der Depression als primär und bei einer noch höheren Zahl als wir, nämlich bei 23,8% als sekundär. Ursache für diese differierenden Zahlen kann in der unterschiedlich ausführlichen Anamnese liegen. Ein kausaler Zusammenhang wird durch die Einordnung "sekundär" nicht ausgedrückt. Es wird lediglich die Tatsache beschrieben, daß neben Depressionen noch andere psychische Auffälligkeiten in der Vorgeschichte zu finden sind. Auch im diagnostischen und statistischen Manual der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung (DSM-III) (2) werden zu den Patienten mit sekundärer Genese alle gerechnet, die bereits früher psychisch auffällig waren.

Weiter werden alle Patienten entsprechend ihrer Psychomotorik in eher gehemmte- das waren 69,8%- und eher agitierte- nämlich 30,2%- eingeteilt. Hier ist der Anteil der psychomotorisch gehemmten Patienten möglicherweise überrepräsentiert. In anderen Untersuchungen wurden in diesem Punkt mehr Einteilungen vorgenommen. So wurden auch Patienten unterschieden, die weder besonders agitiert noch besonders gehemmt waren oder Patienten, bei denen beide Symptome vorhanden waren. Dies scheint das bessere Vorgehen zu sein. In unserer Studie mußten auch Patienten, die nicht eindeutig zuzuordnen waren, einer Gruppe zugeschlagen werden. Es ist anzunehmen, daß sie eher zu den gehemmten Patienten gezählt wurden, was im Vergleich zu anderen Untersuchungen zu abweichenden Zahlen führt. Avery und Silverman (6) berichten, daß 29,1% ihrer Patienten gehemmt, 32,8% agitiert waren und bei 38,1% beide Symptome oder keines besonders stark auftrat. Somit scheinen Hemmung und Agitiertheit etwa gleich häufig vorzukommen. Auch scheint

es nicht ausgeschlossen, daß agitiert-depressive Syndrome seltener einer endogenen Depression zugeordnet werden.

In dieser Untersuchung waren bei 18,4% der Patienten synthyme Wahnsymptome vorhanden. Kraepelin (30) gibt exakt genauso häufig Wahnsymptome bei Depressiven an, während Glassman (16) hier von einem Anteil von 40% spricht. Dieser hatte aber zusätzliche Kriterien bei der Auswahl der Patienten angewandt. Er schloß u.a. Patienten mit Alkoholmißbrauch in der Vorgeschichte, Patienten unter 21 Jahren, internistisch kranke usw. von seiner Untersuchung aus, also einen Großteil der Patienten, die wir gemäß RDC als sekundär klassifizierten. Bei nur 35% der Patienten waren bei Familienangehörigen psychiatrische Auffälligkeiten vorhanden. In der Literatur wird ein weit größerer Prozentsatz angegeben, bei Kraepelin (30) ca. 80%, bei Weitbrecht (57) 66%. Als Ursache hierfür kommt in Betracht, daß in unseren Krankengeschichten die Familienanamnese zu wenig ausführlich erhoben wurde bzw. nicht explizit nachgefragt wurde oder die sogenannten Spektrum-erkrankungen selten berücksichtigt wurden.

Das Alter bei Ersterkrankung lag mit 43,7 Jahren im Bereich des von Weitbrecht (57) angegebenen Zeitraums (20-50 Jahre) und über dem von Schulte/Tölle (50) angegebenen Alter (20-40 Jahre). Kraepelin (30) gab eine zweigipfelige Altersverteilung an mit den Maxima zwischen 15 und 30 und zwischen 45 und 55 Jahren. Dies konnte diese Untersuchung nicht so deutlich zeigen. Auffallend ist vielleicht, daß das Ersterkrankungsalter bei Frauen und Männern gewisse Maxima zeigt (siehe Histogramm Seite 20, Abb.4).

Die durchschnittliche Dauer der depressiven Phasen wurde von Kraepelin (30) mit 6-8 Monaten angegeben, lag in dieser Untersuchung bei 40,2% der Patienten unter drei Monaten und bei immerhin 69,3% unter sechs

Monaten. Diese kürzere Phasendauer könnte auf den Erfolg der in den letzten zwei Jahrzehnten eingeführten Antidepressiva zurückzuführen sein.

Hatten die Patienten in einer früheren depressiven Phase bereits Antidepressiva erhalten, so waren dies überwiegend herkömmliche Medikamente gewesen, mit denen in 48,1% der Fälle ein sicherer Erfolg erzielt worden war.

Wurden die Patienten in der aktuellen depressiven Phase ambulant vorbehandelt, so geschah dies meist ausreichend lange, nämlich mindestens über die Dauer von vier Wochen. Dies war bei 83,8% der Patienten geschehen. Wegen der Erfolglosigkeit dieser ambulant durchgeführten Medikation wurde in der Klinik das Antidepressivum abgesetzt. Bei 30,1% der Patienten wurde die ambulante Therapie fortgeführt. Das heißt also, daß die ambulant begonnene Therapie vor allem dann geändert wurde, wenn sich nach ausreichender Applikation keine Besserung zeigte.

Die Medikamente, mit denen die stationäre Therapie begonnen wurde oder auf die bei Umstellung zurückgegriffen wurde, waren vor allem trizyklische Antidepressiva. Das mit Abstand am häufigsten verwendete Medikament war Amitriptylin, etwa gleichauf gefolgt von Clomipramin und Dibenzepin. Bei Umstellung der Medikation kamen dann MAO-Hemmer häufiger zur Verwendung. Das klassische Imipramin wurde nur selten angewandt. Das am häufigsten verordnete neue Antidepressivum war Mianserin.

4.3. Diskussion der speziellen Auswertung

3/4 aller Patienten waren Frauen, was in etwa mit der Literatur übereinstimmt (Kraepelin (30), Schulte/Tölle (50), Dietrich (12)). Es fiel auf, daß vor allem bei den Männern die Genese als sekundär beurteilt wurde. Dies kann auf die häufiger angegebene Homosexualität und den Alkoholabusus zurückgeführt werden. Weiter zeigten männliche Patienten öfter Wahnsymptome. Ob dies mit den häufigeren psychischen Auffälligkeiten zusammenhängt, kann aufgrund unserer Daten nicht belegt werden, denn wahnhaftige Patienten wurden nicht signifikant häufiger als sekundär eingestuft. Die Studie ergibt auch, daß die Behandlung weiblicher Patienten schwieriger ist, was sich in der längeren Aufenthaltsdauer und dem selteneren Erfolg der ersten stationär durchgeführten Medikation zeigt. Ursache hierfür sind: Frauen hatten durchschnittlich bereits mehr depressive Phasen durchlebt als männliche Patienten und waren in diesen früheren Phasen wegen Erfolglosigkeit des angewandten Antidepressivums bereits mit mehreren verschiedenen behandelt worden. Frauen scheinen auch schwerer als Männer krank zu sein, da bei Aufnahme das depressive Syndrom sowie das Hostilitäts-syndrom stärker ausgeprägt waren.

Was den Krankheitsverlauf betrifft, so sahen wir, daß bipolare Patienten früher erkranken, häufigere und, besonders die weiblichen Patienten, kürzere depressive Phasen haben. Ursache hierfür ist, daß die Patienten mit bipolarem Krankheitsverlauf schwieriger medikamentös zu behandeln sind, ihre erste medikamentöse Behandlung ist seltener erfolgreich (Bielski und Friedel (9)). Sie werden beim Scheitern der Anfangsmedikation im Vergleich zu Patienten mit monopolarem Krankheitsverlauf eher auf Monotherapie mit Neuroleptika umgestellt. Dies bezieht sich nicht auf Patienten mit manischer Nachschwankung. Daß bipolare

Patienten seltener medikamentös vorbehandelt sind, hängt sicher auch damit zusammen, daß sie früher zur stationären Aufnahme kommen als monopolare Patienten. Bei diesen Patienten zeigen sich auch in der Depression einige psychopathologische Besonderheiten. So ist das manische Syndrom sowie das Hostilitätssyndrom stärker ausgeprägt, Syndrome, die auch in der manischen Phase besonders ausgeprägt sind. Was die Ausprägung des Symptoms der Psychomotorik betrifft, ergaben sich zwischen eher agitierten und eher gehemmten Patienten in nur einem Punkt signifikante Unterschiede, und zwar die Behandlung betreffend. Hier werden die eher agitierten Patienten bei Erfolglosigkeit der Erstmedikation häufiger auf Neuroleptika oder eine Kombination von Neuroleptika und Antidepressiva umgestellt, was mit der stark psychomotorisch dämpfenden Wirkung der Neuroleptika zusammenhängt. Ein Grund dafür, daß sich in diesem Abschnitt so wenig Unterschiede ergaben, lag in der rigorosen Einteilung der Patienten in nur zwei Gruppen. Dies kann zur Verwischung spezifischer Merkmale der einzelnen Patientengruppen und somit zum Verlust an Signifikanz führen.

Was den Bereich der Wahnhaftigkeit angeht, so zeigten 18,4% aller Patienten synthyme Wahnsymptome. Diese kamen früher zur stationären Behandlung, insbesondere da hier leichter von Angehörigen die Behandlungsbedürftigkeit erkannt wird. Besonders bei den nicht wahnhaften Patienten war in einer früheren depressiven Phase ein Erfolg mittels der Elektrokrampftherapie erzielt worden. Bei den wahnhaft-depressiven Patienten war dies seltener der Fall. Eine Aussage über die Wirksamkeit der Elektrokrampftherapie läßt sich hierdurch nicht machen. Jedoch wurden die wahnhaften Patienten bei Erfolglosigkeit der Anfangsmedikation besonders mit Neuroleptika kombiniert behandelt oder einer

Elektrokrankftherapie unterzogen, während die nicht wahnhaften Patienten vor allem eher auf Antidepressiva umgestellt wurden, was aufgrund der Ergebnisse sinnvoll erscheint. Die Familienanamnese ist besonders bei den nicht wahnhaften Patienten positiv. Die Ursache hierfür ist uns nicht bekannt. Weiter waren besonders das paranoid-halluzinatorische Syndrom, das psychoorganische Syndrom und das apathische Syndrom bei wahnhaften Patienten ausgeprägt.

Es erscheint sinnvoll, die Punkte "Aufenthaltsdauer" und "Erfolg der medikamentösen Therapie" zusammen zu behandeln. Vor allem Patienten, bei denen früher mit einem bestimmten Medikament ein Erfolg erzielt worden war, hatten einen kürzeren stationären Aufenthalt. Bei ihnen konnte in 86,1% der Fälle mit dem gleichen Medikament wieder erfolgreich therapiert werden. Somit scheint ein früheres Ansprechen auf ein Antidepressivum ein Prediktor zu sein. Auch konnte die Aufenthaltsdauer verkürzt werden, wenn das gleiche Medikament, mit dem die ambulante Behandlung begonnen worden war, stationär weitergegeben wurde. Dies betraf vor allem Patienten, die noch nicht lange genug ambulant behandelt worden waren. Patienten, die noch nie Antidepressiva erhalten hatten, sprachen ebenfalls sehr gut an, so daß anzunehmen ist, daß eher Patienten, die am Anfang ihrer Erkrankung stehen, erfolgreicher behandelt werden als Patienten, die bereits in früheren Phasen Antidepressiva erhalten hatten. Weiter ist interessant, daß besonders Patienten mit wenigen und Patienten mit kurzen Phasen eher erfolgreich behandelt werden, so daß sicher auch ein gewisser Prozentsatz Spontanremissionen während des Aufenthaltes entsteht. Da im Verlauf der Erkrankung die depressiven Phasen auf Kosten des krankheitsfreien Intervalls immer länger werden (Angst (4)), spricht dies ebenfalls dafür, daß die medikamentöse Behandlung im Laufe der Erkrankung

immer schwieriger wird. Des weiteren ist festzustellen, daß sich besonders das depressive, das psychoorganische, das apathische und das manische Syndrom auf den Erfolg und die Dauer der stationären Behandlung auswirken.

Im Bereich der psychosozialen Beeinträchtigung ergibt sich, daß sich diese auch auf die Aufenthaltsdauer auswirkt, d.h., je schwerer diese Beeinträchtigung ist, desto länger dauert der Klinikaufenthalt. Weiter wird die psychosoziale Beeinträchtigung entsprechend dem depressiven, dem psychoorganischen und dem Hostilitätssyndrom eingeschätzt.

Was die Frage der Anwendung der Medikamente betrifft, so ergibt sich, daß vor allem die Patienten, die mit Neuroleptika bzw. mit einer Kombination von Antidepressiva und Neuroleptika behandelt wurden, eher wahnhaftige Symptome zeigten, bereits öfter in der Klinik waren, mehr depressive Phasen hatten, die Krankheit also länger andauerte. Im Durchschnitt hingegen waren diese Patienten jünger als die nur mit Antidepressiva behandelten Patienten. Bei diesen war öfter in einer früheren medikamentösen Therapie ein Erfolg erzielt worden. Anhand der Syndrome läßt sich erkennen, daß vor allem Patienten mit stärker ausgeprägtem depressiven Syndrom mit Antidepressiva bzw. mit Antidepressiva und Neuroleptika behandelt wurden, hingegen die Patienten mit stärker ausgeprägtem manischen Syndrom nur Neuroleptika erhielten.

Was die Anwendung neuerer AD wie Mianserin und Maprotilin betrifft, so zeigt sich, daß sie besonders bei älteren Patienten angewandt wurden. Dies steht im Zusammenhang mit den vermuteten geringeren Nebenwirkungen. Weiter wurden vor allem Patienten mit neueren AD behandelt, bei denen das apathische Syndrom stärker ausgeprägt war. Auch wurden sie eher bei Patienten mit stärkerer psychosozialer Beeinträchtigung und schwächer ausgeprägtem manischen Syndrom eingesetzt. Der Grund hierfür ist nicht bekannt.

In dem Teil, in dem die Kombination von AD mit NL untersucht wird, ergibt sich, daß besonders die Patienten mit sekundärer Krankheitsentstehung kombiniert behandelt wurden. Dies war ebenso bei den eher agitierten und wahnhaften Patienten der Fall, wobei vor allem die wahnhaften Männer TAD und NL erhielten. Hier besteht möglicherweise eine Verbindung zwischen männlichen Patienten, sekundärer Genese und Wahnhaftigkeit. Besonders nicht wahnhafte Frauen wurden mit TAD monotherapiert. Die bereits kombiniert anbehandelten Patienten wurden bei Erfolglosigkeit der Erstmedikation eher auf eine andere Medikation umgestellt oder der EKT zugeführt, während die Medikation der mit TAD behandelten Patienten eher kombiniert wurde. Besonders bei mit TAD behandelten Patienten war eine frühere Behandlung bereits erfolgreich. Diese waren vor Klinikaufnahme häufiger vorbehandelt, d.h., daß sie wahrscheinlich später zur stationären Aufnahme kamen. Die kombiniert behandelten Patienten waren eher länger in der Klinik, was vor allem durch die weiblichen Patienten bedingt war. Insgesamt ist anzumerken, daß bevorzugt Patienten, die schwerer erkrankt waren und deren Krankheitsbild sich unklarer darstellte, kombiniert behandelt wurden.

In diesem Abschnitt wurde speziell das AD Amitriptylin herausgegriffen. Es zeigt sich, daß kombiniert besonders männliche Patienten behandelt wurden, was mit deren häufigeren Wahnhaftigkeit zusammenhängt. Weiter wurden eher wahnhaftige Patienten kombiniert behandelt und eher agitierte. Bei den nicht wahnhaften Patienten erhielten vor allem die Frauen eine Monotherapie mit Amitriptylin. Bei Erfolglosigkeit der Anfangsmedikation wurden die mit Amitriptylin behandelten Patienten bevorzugt kombiniert, die kombiniert behandelten Patienten vor allem umgestellt oder erhielten eine EKT. Dies entspricht der Anwendung der TAD bzw. der Kombination von TAD+NL.

In Bezug auf die Fragestellung der Untersuchung kann zusammengefaßt werden: Ein Antidepressivum wird vor allem dann erfolgreich angewandt, wenn mit ihm bereits früher ein Behandlungserfolg erzielt wurde. Auch kann der Krankenhausaufenthalt dadurch verkürzt werden, wenn die ambulant begonnene Medikation stationär fortgeführt wird. Besonders ältere Patienten werden mit neueren Antidepressiva und seltener mit Neuroleptika behandelt. Allgemein werden die Patienten entsprechend Anamnese und Syndromausprägung behandelt. So zeigt sich, daß vor allem Patienten mit Wahnsymptomatik und psychomotorisch agitierte Patienten mit Neuroleptika therapiert werden. Bei Patienten, deren Krankheitsentstehung als sekundär eingeschätzt wurde, kommt vor allem eine medikamentöse Kombinationsbehandlung von Antidepressiva und Neuroleptika zum Einsatz. Die Prognose der Behandlung ist besonders bei Patienten mit kurzen und mit wenigen depressiven Phasen günstig.

5. Zusammenfassung und Schluß

In einer retrospektiven Studie wurden die Daten von 440 Patienten ausgewertet. Die Patientenbeschreibung wurde ergänzt durch psychopathometrische Daten (psychosozialer Befund und AMDP-Syndrome bei stationärer Aufnahme und Entlassung) und durch statistische Tests (Varianzanalyse und Chi-Quadrat-Test). Im Hinblick auf die Fragestellung kann festgehalten werden:

Eine Frage war, ob in einer retrospektiven Untersuchung objektive Aussagen gemacht werden können. In Bezug auf den Erfolg der Behandlung kann dies bejaht werden, da hier die Erfolgskriterien vorher festgelegt wurden. Hier zeigt es sich, daß vor allem dann ein Antidepressivum mit Erfolg eingesetzt wird, wenn mit ihm bereits früher erfolgreich behandelt wurde. Auch wird der stationäre Aufenthalt dadurch verkürzt, wenn die ambulant begonnene Medikation stationär fortgeführt wird. Die Frage betreffend, welcher Patient mit welchem Medikament behandelt wird, können gewisse Aussagen getroffen werden. So ergibt sich, daß ältere Patienten vorwiegend mit neueren Antidepressiva behandelt werden. Auch kommen bei ihnen seltener Neuroleptika, ob als Monotherapie oder in Kombination mit Antidepressiva, zum Einsatz. Ansonsten scheinen die Patienten entsprechend Anamnese und Syndromausprägung behandelt zu werden. Hierbei zeigen sich folgende Regelmäßigkeiten: Besonders Patienten mit synthymen Wahnsymptomatik und solche mit psychomotorischer Erregtheit werden mit Neuroleptika, sowohl als Monotherapie oder in Kombination mit Antidepressiva, behandelt. Auch Patienten mit als sekundär eingeschätzter Genese erhalten eher eine Kombinationsbehandlung.

Weiterhin ergab sich, daß besonders bei Patienten mit weniger und mit

kürzeren depressiven Phasen die Behandlungsprognose günstiger ist.
Aus anamnестischen Angaben ist gleichfalls zu ersehen, daß die
Elektrokrampftherapie in früheren depressiven Phasen überwiegend
mit Erfolg angewandt wurde.

Literatur

- 1 Akiskal HS, Walker P, Puzantian VR, King D, Rosenthal TL, Dranon M:
Bipolar outcome in the course of depressive illness. Phenomenologic,
familial and pharmacologic predictors. J. of Affect. Disorders 5:
115-128, 1983.
- 2 American Psychiatric Assoziation: Desk reference to the diagnostic
criteria from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,
3. edition, Washington, D.C., APA, 1982.
- 3 Ananth J: Pharmacological treatment of obsessive compulsive neu-
rosis. Psychosomatics 16: 180-184, 1976.
- 4 Angst J, Grof P, Hippus H, Pöldinger W, Varga E, Weis P, Wyss F:
Verlaufsgesetzmäßigkeiten depressiver Syndrome. Hippus H, Selbach H,
(Hrsg.): Das depressive Syndrom. Internationales Symposium Berlin,
1968.
- 5 Asberg M, Cronholm B, Sjoquist F, Tuck D: Relationship between
plasma level and therapeutic effect of nortriptyline. Br. Med.
J. 3: 331-334, 1971.
- 6 Avery D, Silverman J: Psychomotor retardation and agitation in
depression. Relationship to age, sex and response to treatment.
J. of Affect. Disorders 7: 67-76, 1984.
- 7 Beckmann H: Biochemische Grundlagen der endogenen Depression.
Fortschr. Neurol. Psychiat. 48: 415-437, 1978.
- 8 Beckmann H, Goodwin FK: Antidepressant response to tricyclics and
urinary MHPG in unipolar patients: clinical response to imipramin
or amitriptylin. Arch. Gen. Psychiat. 33: 17-21, 1975.
- 9 Bielski RJ, Friedel RO: Prediction of tricyclic antidepressant
response: a critical review. Arch. Gen. Psychiat. 33: 1479-1489,
1976.

- 10 Carlsson A: Effect of antidepressant drugs on the depletion of intraneuronal brain 5-hydroxytryptamine stores caused by 4-x-ethyl-metatriptamin. *Eur. J. Pharmacol.* 5: 357-366, 1969.
- 11 Charney DS, Nelson JC: Delusional and nondelusional unipolar depression - Further evidence for distinct subtypes. *Am. J. Psychiat.* 138: 328-333, 1981.
- 12 Dietrich H: *Psychiatrie in Stichworten*. 2. Auflage. Stuttgart: Ferdinand Enke, 1975.
- 13 Fährdrich E: When do I use which antidepressant in the individual case? *Nervenarzt* 55: 477-482, 1984.
- 14 Freyhan FA: Psychomotilität, extrapyramidale Syndrome und Wirkungsweisen neuroleptischer Therapien. *Nervenarzt* 28: 504-509, 1957.
- 15 Gebhardt R, Pitzcker A, Strauss A, Stoeckel M, Langer C, Freudenthal K: Skalenbildung im AMDP-System. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 233: 223-245, 1983.
- 16 Glassman AH, Kantor SJ, Shostak M: Depression, delusions and drug response. *Am. J. Psychiat.* 132: 716-719, 1975.
- 17 Hare EH, Dominian J, Sharpe L: Phenelzine and dextroamphetamine in depressive illness. *Br. Med. J.* 1: 9-12, 1962.
- 18 Harris TH: Depression induced by Rauwolfia-compounds. *Am. J. Psychiat.* 113: 950, 1957.
- 19 Hippus H, Selbach H: Zur medikamentösen Dauertherapie bei Psychose. *Med. Exp.* 5: 298, 1961.
- 20 Hordern A, Holt NF, Burt CG, Gordon WF: Amitriptyline in depressive states. Phenomenology and prognostic considerations. *Br. J. Psychiat.* 109: 815, 1963.
- 21 International Classification of Diseases (ICD). 9. revision. World Health Organisation (ed.) WHO Publ. No. 8921, Geneva, 1974. Springer, New York, Berlin, 1980.

- 22 Jungkunz G: Grundlagen der Antidepressiva-Wirkung noch ungeklärt.
Ärztliche Praxis XXXI. Jahrgang Nr. 98, 1979.
- 23 Kielholz P: Zum Verlauf der manisch-depressiven Erkrankung. Aus
G.W.Schimmelpenning "Psych. Verlaufsforschung". Hans Huber, 1978.
- 24 Kielholz P: Diagnose und Therapie der Depression für den Praktiker.
3. Auflage. München: Lehmann, 1971.
- 25 Kielholz P: Diagnosis and therapy of the depressive state. Dok.
Geigy, Acta Psychosomatica 1, 1959.
- 26 Kielholz P: Klinik, Differentialdiagnose und Therapie der depres-
siven Zustandsbilder. Dok. Geigy, Acta Psychosomatica 2, 1959.
- 27 Kinkelin M: Verlauf und Prognose des manisch-depressiven Irreseins.
Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 73, 1953.
- 28 Klett CJ, Mosley EC: The right drug for the right patient. J.
Consult. Clin. Psychol. 29: 546, 1965.
- 29 Kline NS: Uses of reserpine, the newer phenothiazines and ipro-
niazid. The effect of pharmacologic agents on the nervous system.
Res. Publ. Ass. Res. Nerv. Ment. Dis. 37: 218-244, 1959.
- 30 Kraepelin E: "Psychiatrie". 8. Auflage. Jena: Gustav Fischer, 1913.
- 31 Kuhn R: Über die Behandlung depressiver Zustände mit einem Imino-
dibenzyl-Derivat. Schweiz. Med. Wochenschrift 87: 1135-1140, 1957.
- 32 Lapin JP, Oxenkrug GF: Intensification of the central serotonin-
ergic processes as a possible determinant of the thymoleptic effect.
Lancet I: 132.136, 1969.
- 33 Loomer HP, Saunders IC, Kline NS: A clinical and pharmacodynamic
evaluation of iproniazid as a psychic energizer. Psychiat. Res.
Pub. Am. Psychiat. Ass. 8: 129, 1957.
- 34 Lopez-Ibor J, Lopez-Ibor JM: Die psychopharmacologische Behandlung
von Zwangsneurosen. Arzneim.-Forschung 8: 1119-1122, 1974.

- 35 Maas WJ: Clinical implications of the pharmacological differences among antidepressants. In Lipton MA, Di Mascio A, Killan KF (eds): Psychopharmacology: A generation of progress. New York, Raven Press, 1978.
- 36 Marshall WK, Micev V: Clomipramine (Anafranil) in the treatment of obsessional illness and phobic anxiety states. J. Int. Med. Res. 1: 403-416, 1973.
- 37 Matussek N: Hirnamine und psychotrope Pharmaka. Medikamentöse Beeinflussung der Psychosen. Umschau 66: 400-405, 1966.
- 38 Matussek N: Neurobiologie und Depression. Med. Monatsschrift 20: 109-112, 1968.
- 40 Maxwell RA, Ferris RM, Buresen J, Woodward EC, Tang D, Willard K: The phenyl rings of the tricyclic antidepressants and related compounds as determinants of the potency of inhibition of the amine pumps in adrenergic neurons of the rabbit aorta and rat cortical synaptosomes. J. Pharmacol. Exp. Ther. 131: 418-430, 1974.
- 41 Moradi SR, Muniz CE, Belar CD: Male delusional depressed patients: Response to treatment. Br. J. Psychiat. 135: 136-138, 1979.
- 42 Philpott R: The assessment of drugs in obsessional states. Br. J. Pharmacol. 3 (Suppl. 1): 91-95, 1976.
- 43 Pletscher A, Gey KF, Zeller P: MAO-Hemmer, Chemie, Biochemie, Pharmakologie, Klinik. In: Fortschritte der Arzneimittelforschung. Jucker E (Hrsg.), Bd. 2: 417-590, Basel: Birkhäuser, 1960.
- 44 Rack PM: Clomipramine in the treatment of obsessive states with special reference to the Leyton obsessional inventory. J. Int. Med. Res. 1: 397-402, 1973.
- 45 Robinson SD, Cooper TB, Ravaris CL: Plasma tricyclic drug levels in amitriptyline treated depressed patients. Psychopharmacology 63:

223-231, 1979.

- 46 Ross SB, Renyi A: Inhibition of the uptake of tritiated 5-hydroxytryptamine in brain tissue. *Eur. J. Pharmacol.* 7: 270-277, 1969.
- 47 Schildkraut JJ: The catecholamine hypothesis of affective disorders: A review of supporting evidence. *Am. J. Psychiat.* 122: 509-522, 1965.
- 48 Schildkraut JJ, Kety SS: Biogenic amines and emotion. Pharmacological studies suggest a relationship between brain biogenic amines and affective state. *Science* 156: 21-30, 1967.
- 49 Schildkraut JJ: Norepinephrine metabolites as biochemical criteria for classifying depressive disorders predicting responses to treatment: Preliminary findings. *Am. J. Psychiat.* 130: 695-698, 1973.
- 50 Schulte W, Tölle R: *Psychiatrie*. 5. Auflage. Berlin: Springer, 1979.
- 51 Spiker DG, Weiss JC, Dealy RS, Griffin SJ, Hanin J, Neil JF, Perel JM, Rossi AJ, Soloff PH: The pharmacological treatment of delusional depression. *Am. J. Psychiat.* 142: 4, 1985.
- 52 Spitzer RL, Endicott J, Robins E: Research Diagnostic Criteria: Rationale and reliability. *Arch. Gen. Psychiat.* 35: 773-782, 1978.
- 53 Stancer HC, Persad E, Jorna T, Flood C, Wagener DK: The occurrence of secondary affective disorders in an in-patient population with severe and recurrent affective disorder. *Br. J. Psychiat.* 144: 630-635, 1984.
- 54 Sulzer D, Vetulani J, Mobhy PL: Mode of action of antidepressant drugs. *Biochem. Pharmacol.* 27: 257-261, 1978.
- 55 Vetulani J: Complex action of antidepressant treatment on central adrenergic system: possible relevance to clinical effects. *Pharmacol. Psychiat.* 17: 16-21, 1984.

- 56 von Praag HM: Significance of biochemical parameters in the diagnosis, treatment and prevention of depressive disorders. Biol. Psychiat. 12: 101-131, 1977.
- 57 Weitbrecht HJ: Psychiatrie im Grundriss. 1. Auflage. Berlin: Springer, 1963.
- 58 Zeller EA, Barsky J, Fouts JR, Kirchheimer WF, Van Orden LS: Influence of isonicotinic acid hydrazine (INH) and 1-isonicotinyl-2-isopropyl hydrazine (IIH) on bacterial and mammalian enzymes. Experientia 8: 349, 1952.
- 59 Ziegler VE, Clayton PJ, Biggs JT: More on the treatment of delusional depressed patients. AM. J. Psychiat. 132: 1332-1333, 1975.

Anhang

Erfassungsbogen

Aufnahmedatum	Initialen
LK-Nr.	Patienten-Nr.
Geschlecht	
I - Nr.	
Beobachtungszeitraum (x-ter Klinikaufenthalt im Haus)	
Alter	
Größe	
Gewicht	
Diagnose (ICD)	
Einstufung nach "RDC"	
Schweregrad	1 = major 2 = minor
Genese	1 = primär 2 = sekundär
Syndrom	1 = gehemmt 2 = agitiert
Typ	1 = endogen 2 = reaktiv 3 = neurotisch
Polarität	1 = unipolar 2 = bipolar I 3 = bipolar II
Wahnsymptomatik	1 = nein 2 = ja

Arbeitsfähigkeit	1 = nicht beeinträchtigt	☐
	2 = beeinträchtigt	
Familienanamnese		
Familienanamnese	1 = negativ	☐
	2 = positiv	
Falls positiv	1 = affektiv	☐
	2 = allg. psychiatrisch	
Patientenanamnese		
Alter bei Ersterkrankung		☐
x-te depressive Phase		☐
Durchschnittliche Phasendauer	1 = 1-3 Monate	☐
	2 = 4-6 Monate	
	3 = 7-9 Monate	
	4 = 10-12 Monate	
	5 = 1 Jahr und länger	
	6 = chronisch	
Frühere medikamentöse Behandlung in		
depressiven Phasen	1 = nein	☐
	2 = ja	
Falls ja, mit	1 = TAD	☐
	2 = MAO-Hammer	
	3 = andere	
	4 = mehrere	
Erfolg	1 = nein	☐
	2 = unsicher	
	3 = sicher	
Erfolg mit gleicher Medikation	1 = nein	☐
wie l. jetzige Medikation	2 = ja	

Früher Schlafentzug	1 = nein	☐
	2 = ja	
Falls ja, Erfolg	1 = nein	☐
	2 = unsicher	
	3 = sicher	
Früher EKT	1 = nein	☐
	2 = ja	
Falls ja, Erfolg	1 = nein	☐
	2 = unsicher	
	3 = sicher	
Aktuelle Krankheitsphase		
Jetzige Krankheitsdauer	1 = -4 Wochen	☐
	2 = -6 Wochen	
	3 = -1/2 Jahr	
	4 = -3/4 Jahr	
	5 = 1 Jahr und länger	
Jetzt antidepressive Vorbehandlung	1 = nein	☐
	2 = ja	
Falls ja, Dauer	1 = -2 Wochen	☐
	2 = -4 Wochen	
	3 = -6 Wochen	
Mit gleicher Medikation wie Erstbe-		
handlung in der Klinik	1 = nein	☐
	2 = ja	
Aufenthaltsdauer	1 = länger als 4 Wochen	☐
	2 = kürzer als 4 Wochen	

Erste Behandlung mit

1 = Amitriptylin ☐

2 = Clomipramin

3 = Dibenzipin

4 = Doxepin

5 = Imipramin

6 = Maprotilin

7 = Mianserin

8 = Nomifensin

9 = Tranylcypromin

10 = nur NL

1x = Kombination(AD+NL)

Erste Behandlung erfolgreich (Bes-
serung innerhalb von 4 Wochen, keine

Umstellung oder Kombination)

1 = nein ☐

2 = ja

Falls nein, folgende Maßnahme

1 = Kombination ☐

2 = Umstellung

3 = EKT

Falls Kombination, mit

1 = NL ☐

2 = MAO-Hemmer

3 = andere AD

4 = Mehrfachkombination

Falls Umstellung, auf

1 = AD ☐

2 = NL

3 = AD + NL

Falls auf AD, auf folgendes

Gesamtaufenthaltsdauer in Wochen

☐

Psychopathometrie

PSB

bei Aufnahme (A) ☐

bei Entlassung (E) ☐

AMDP - Syndrome

Syndrom 1 A(ufnahme) ☐

Syndrom 1 E(ntlassung) ☐

Syndrom 2 A ☐

Syndrom 2 E ☐

Syndrom 3 A ☐

Syndrom 3 E ☐

Syndrom 4 A ☐

Syndrom 4 E ☐

Syndrom 5 A ☐

Syndrom 5 E ☐

Syndrom 6 A ☐

Syndrom 6 E ☐

Syndrom 7 A ☐

Syndrom 7 E ☐

Syndrom 8 A ☐

Syndrom 8 E ☐

Danksagung

Für die Bereitstellung des Themas bedanke ich mich bei Herrn Professor Hippius. Weiterhin gilt mein Dank für die freundliche Betreuung Herrn Oberarzt Dr. Jungkuntz.

Lebenslauf

geboren am 22.7.1951 in München

1957-1960 Besuch der Volksschule an der Rotbuchen-
straße in München

1960-1970 Besuch des Albert-Einstein-Gymnasiums
in München

1976-1983 Studium der Medizin an der Ludwig-
Maximilian-Universität in München

